Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. v. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. v. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 52. 29. December. 1891. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 38. Jahrgang.

Originalien.

Ueber die Ablösung der Magenschleimhaut durch die Sondirung und ihre Folgen.

Von Dr. *Friedrich Crämer.*

So lange man die weiche Magensonde noch nicht kannte und statt des einfachen Heberapparates die Magenpumpe bei der Ausspülung des Magens anwenden musste, kam es ab und zu vor, dass ein Stück der Magenschleimhaut in das Fenster der Sonde eingesogen und abgerissen wurde. Die Fälle, welche in der Literatur niedergelegt sind, stammen aus den 70er Jahren, es sind im Ganzen nur 4 und man darf wohl behaupten, dass dieses Ereigniss häufiger vorgekommen, aber entweder übersehen oder, wenn beobachtet, nicht veröffentlicht worden ist.

v. Ziemssen[1]), Leube[2]), Schliep[3]) und Wiesener[4]) haben derartige Fälle beschrieben, in den neuesten Lehrbüchern über Verdauungskrankheiten (Ewald, Rosenheim) ist nur von den Leube'schen die Rede.

Man war geneigt, die Schuld an solchen Verletzungen der Magenschleimhaut auf die harten Sonden oder auf die Magenpumpe zu schieben und glaubte annehmen zu dürfen, dass mit der Einführung des Heberapparates und der weichen Sonden eine stärkere Verletzung der Magenschleimhaut nicht stattfinden könne, vorausgesetzt natürlich, dass mit der nöthigen Sachkenntniss und der erforderlichen Sorgfalt bei der Ausspülung des Magens vorgegangen wird.

Uebereinstimmend wird von allen Autoren die Sondirung des Magens, wie sie jetzt gehandhabt wird, als ein gefahrloser Eingriff unter den entsprechenden Cautelen hingestellt und muss auch als solcher anerkannt werden. Dass nun doch auch mit einer weichen Magensonde ohne Anwendung der Pumpe eine stärkere Verletzung der Magenschleimhaut sich ereignen kann, habe ich in den letzten Wochen zwei Mal zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Bei der Ausspülung des Magens benütze ich nur weiche englische Sonden, die ich den Patienten schlucken lasse. Nachdem exprimirt worden ist, wird die Sonde mit dem Trichter verbunden und ausgespült. Verstopft sich das Fenster der Sonde, dann comprimire ich mit der Hand den Trichterschlauch, um das Fenster frei zu bekommen, zuweilen wird auch, wenn die eingegossene Flüssigkeit nicht zurückfliessen will, die Sonde etwas weiter vorgeschoben oder zurückgezogen, je nachdem ich vermuthen muss, dass die Sondenfenster nicht in die Flüssigkeit eintauchen oder über das Niveau der Flüssigkeit im Magen hinausragen. Ist die Spülung vollendet, dann empfiehlt es sich nach Leube's Vorgang, den im Schlauch befindlichen Flüssigkeitsrest durch Heben des Trichters in den Magen zurückfliessen zu lassen und während dieses Mannövers die Sonde herauszuziehen.

Es ist kaum anzunehmen, dass die Compression des Trichterschlauches während der Ausspülung einen stärkeren Druck ausüben und ein festes Ansaugen der Magenschleimhaut ermöglichen kann, gewiss aber ist der Druck nicht mit dem einer luftdicht schliessenden Magenpumpe zu vergleichen.

Ein grosser Fehler auch der weichen Magensonden liegt in den oft ganz scharf ausgeschnittenen Rändern der Fenster und man thut daher am besten, bei neuen Sonden die Fenster nochmals ausschneiden und glätten zu lassen.

Die angewendete Sonde zeigt nun, dass die Ränder der Fenster keineswegs auffallend scharf sind, nur sind dieselben, da die Sonde schon länger gebraucht wird, nicht mehr absolut glatt. Es dürfte sich daher wohl empfehlen, solche ältere Sonden, deren Fensterränder anfangen rauh zu werden, aus dem Instrumentarium zu entfernen.

In den beiden Fällen, in welchen es zu einer Ablösung eines Stückchens Magenschleimhaut kam, wurde die Ausspülung zu diagnostischen Zwecken vorgenommen. 6 Stunden nach der Leube'schen Probemahlzeit wurde die Sonde eingeführt, die Expression versucht, dann ausgespült.

In dem ersten Falle kam schon mit dem ersten Trichter Spülflüssigkeit das Wasser schwach blutig gefärbt aus dem Magen zurück. Da Speisereste nicht beigemengt waren, zog ich die Sonde sofort heraus und fand in der Spülflüssigkeit, als ich den Inhalt der Sonde hatte auslaufen lassen, ein Gewebsstückchen in der Länge von 2 cm und in der Breite von etwa $^1/_2$ cm, das mir sofort als ein Stück Magenschleimhaut imponirte.

Zur mikroskopischen Untersuchung machte ich mir ein Zupfpräparat, das sofort die charakteristischen Drüsenschläuche in prägnantester Deutlichkeit erkennen liess. Um aber ganz sicher zu sein, ersuchte ich Herrn Privatdocent Dr. Schmauss, dem ich an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank ausspreche, eine genaue Untersuchung im Schnittpräparat vorzunehmen. Das abgeschürfte Stückchen erwies sich als vollkommen normale Magenschleimhaut.

Die Patientin hatte während und direct nach der Magenausspülung nicht die Spur von Schmerzen, erst etwas später stellte sich etwas Magenweh ein, das aber nach dem Essen sofort verschwand, um nicht wiederzukehren. Dass dieses Magenweh — keine eigentlichen Schmerzen — kaum durch die Sondirung bedingt sein konnte, möge daraus erhellen, dass gerade wegen dieser Beschwerden von der Kranken meine Hülfe in Anspruch genommen wurde.

Es wurde weder Blut erbrochen, noch kam Blut im Stuhl, Schmerzen traten auch in den nächsten Tagen nicht mehr auf, die ursprünglichen Beschwerden verschwanden bald vollständig durch Anwendung des galvanischen Stromes.

Somit hatte die Verletzung der Magenwand durch die Sonde weder subjective noch objective Symptome zur Folge gehabt.

In dem 2. Fall, der einige Wochen später zur Beobachtung kam, war der Verlauf fast der gleiche. Das ausgerissene Stückchen Magenschleimhaut war etwas kleiner, das Spülwasser aber nicht blutig gefärbt, der betreffende Patient hatte keine Ahnung von dem Vorgang, irgendwelche Folgen sind nicht zurückgeblieben. Die mikroskopische Untersuchung des Präparates liess auch in diesem Falle unzweifelhaft den Nachweis führen, dass es sich wirklich um Magenschleimhaut handle.

Leube (l. c.) hat in seiner Mittheilung darauf hingewiesen, dass der Mangel einer stärkeren Blutung in seinem Falle sich dadurch erklärt, dass nur die oberste Drüsenschicht abgeschürft wurde, in welcher nur kleinste Venen- und Arteriencapillaren verlaufen. Die freiliegende Muscularis mucosae wird durch den Reiz des auf sie einwirkenden Magensaftes sofort zu lebhafter Contraction veranlasst und dadurch nicht nur die kleinen blutenden Gefässlumina geschlossen, sondern auch der Defect leicht gedeckt wegen der im Verhältniss zur Muscularis bedeutenden Flächenausdehnung der Magenschleimhautoberfläche.

Da nun in meinem 1. Falle die Untersuchung der Schnitte ergeben hat, dass nur die Schleimhaut ohne Muscularis abgeschürft wurde, so dürfte sich der Mangel einer grösseren Blutung nach der Leube'schen Erklärung ungezwungen verstehen.

Bei der Besprechung solcher Fälle liegt die Frage sehr nahe, warum nun in Folge eines solchen doch nicht unbedeutenden Substanzverlustes nicht ein wahres Ulcus ventriculi entsteht, denn es scheint ja doch, dass die Bedingungen für das Entstehen eines Magengeschwürs hinlänglich gegeben wären.

Bekanntlich wurde von Quincke[5]) (Dätwyler) experimentell die Entstehung des Ulcus ventriculi studirt. Bei Hunden mit Magenfisteln wurde die Magenschleimhaut durch Quetschen, Abreissen, Aetzen etc. verletzt und so Ulcerationen erzeugt, die aber alle nach 5 bis 21 Tagen ausgeheilt waren, d. h. also doch wirkliche Magengeschwüre konnten auf diesem Wege nicht erzeugt werden.

Von grossem Interesse sind die Cohnheim'schen Versuche, bei welchen indirect eine Läsion der Magenschleimhaut erzielt wurde. Cohnheim[6]) gelang es durch Thrombenbildung von den Magengefässen aus Geschwürsprocesse im Magen hervorzurufen. Trotz aller Aehnlichkeit mit Ulcus ventriculi zeigen auch diese Geschwürsbildungen insofern eine grosse Differenz, als die Heilung nach spätestens 3 Wochen ohne Narbenbildung zu Stande kam.

Nach diesen experimentellen Resultaten erscheinen mir die Ritter'schen[7]) Versuche nicht absolut einwandsfrei. Es ist richtig, dass durch Traumen Hämorrhagien in der Magenschleimhaut und Ablösung der letzteren von der Submucosa stattgefunden haben, ebenso zweifellos, dass durch diese Hämorrhagien partielle Nekrosen hervorgerufen wurden, nicht erwiesen aber ist es, dass auf diese Eingriffe ein wirkliches Ulcus ventriculi entstanden wäre, falls die betreffenden Thiere länger gelebt hätten.

Wir sind in der Erforschung der Aetiologie des Ulcus ventriculi rotundum noch nicht weit gekommen, eine nach allen Seiten befriedigende Erklärung ist noch nicht gefunden. Wir wissen keineswegs, wodurch ein Magengeschwür entsteht, wir wissen nicht, warum es in vielen Fällen nicht heilt, wir wissen nur, dass es eine häufige Begleiterscheinung gewisser Krankheitszustände (Chlorose z. B.) ist, wir nehmen an, dass Traumen auf die Magengegend Ulcera erzeugen können, die letzte Ursache ist uns gänzlich unbekannt. Liegt es da nicht nahe, an ein bestimmtes specifisches Agens zu denken, das bei anderen chronischen Infectionskrankheiten (Tuberculose, Lues) zu Geschwürsprocessen Veranlassung gibt? Vielleicht ist dieses Agens bacterieller Natur? Mir ist nicht bekannt, ob in dieser Richtung Untersuchungen gemacht worden sind. Jedenfalls wäre dies eine dankenswerthe Aufgabe und wohl geeignet die Aetiologie des Ulcus ventriculi wesentlich zu klären und der Therapie neue Wege zu eröffnen.

Literatur. [1]) v. Ziemssen, Arch. f. klin. Med. Bd. X, S. 68. — [2]) Leube, Arch. f. klin. Med. Bd. XVIII, S. 496. — [3]) Schliep, Lancet 1872. — [4]) Wiesener, Berl. klin. Wochenschr. 1870, No. L. — [5]) Quincke, Correspondenzbl. d. Schweizer Aerzte No. IV, 1875. — [6]) Cohnheim, Allg. Pathol Bd. II, S. 53. — [7]) Ritter, Zeitschr. für klin. Med. Bd. XII, S. 592.

Die objectiven Zeichen der Neurasthenie.

Von Dr. *L. Löwenfeld.*

(Schluss.)

Ich kann bei dieser Gelegenheit nicht umhin, mir bezüglich der Diagnose der in Frage stehenden Herzaffectionen noch einige Bemerkungen zu gestatten, deren Berücksichtigung ich besonders den jüngeren Collegen empfehlen möchte. Die nervöse Herzschwäche bildet heutzutage eine der häufigsten Erscheinungsformen der Neurasthenie. Lehr fand unter 165 Neurasthenischen bei 103 functionelle Störungen der Herzthätigkeit. Auch nach meinen Erfahrungen sind solche derzeit bei mehr als der Hälfte aller Fälle von Neurasthenie wenigstens zeitweise vorhanden. Dennoch hat der Mediciner während seiner Studienzeit verhältnissmässig wenig Gelegenheit, sich mit der Symptomatologie der in Frage stehenden Affectionen bekannt zu machen, einerseits weil die Neurasthenie überhaupt selten Object von Hospitalbehandlung wird, andererseits weil die bei nervöser Herzschwäche auftretenden Functionsstörungen wegen ihrer Inconstanz sich wenig zur klinischen Demonstration eignen. So dürfen wir uns denn nicht wundern, dass bei dieser Affection häufig diagnostische Irrthümer unterlaufen, obwohl für den auf dem Gebiete der Neurasthenie Erfahrenen wenigstens ernste differentialdiagnostische Schwierigkeiten sich nur selten ergeben.

In der That sind bei einer erheblichen Anzahl der von mir beobachteten Herzneurastheniker organische Herzaffectionen (Klappenfehler, Herzhypertrophie, Fettherz) diagnosticirt worden. Dieser Umstand würde mich jedoch zu keiner Bemerkung an dieser Stelle veranlassen, wenn nicht in einzelnen der betreffenden Fälle durch die ausserordentliche Bestimmtheit, mit welcher die irrthümliche Diagnose den Kranken verkündet wurde, bei diesen Besorgnisse wachgerufen worden wären, welche sehr wesentlich zur Weiterentwicklung der Herzneurasthenie beitrugen. Der Arzt hat es eben in derartigen Fällen ganz in der Hand, durch seinen Ausspruch allein schon bessernd oder verschlimmernd auf den Zustand einzuwirken. Es ist wohl naheliegend, dass die ausserordentliche Häufigkeit der nervösen Herzaffectionen heutzutage uns sehr zur Vorsicht mahnen muss, sowohl bei der Diagnose von Herzerkrankungen als bei den Mittheilungen, die wir den Kranken über etwaige Herzbefunde machen. Man wird wohl im Allgemeinen gut thun, ängstlichen nervösen Personen, selbst wenn man von dem Bestehen eines organischen Herzleidens bei denselben vollkommen überzeugt ist, von diesem Umstande keine Kenntniss zu geben.[55])

Auch an den peripheren Abschnitten des Circulationsapparates beobachten wir bei Neurasthenischen häufig ein abnormes Verhalten. In den Anfällen von Herzklopfen, die mit verstärkter Herzaction einhergehen, kommt es gewöhnlich zu lebhafterer Pulsation an den grossen Arterienstämmen, speciell an der Carotis am Halse, während subjectiv das Gefühl des Pulsirens sich oft bis in die Finger und Zehenspitzen erstreckt. Wir finden ferner: Kälte der Hände und Füsse, sogenanntes Absterben (Ischämie) einzelner Finger und Zehen, aber auch verstärkte Pulsation in den verschiedensten Arteriengebieten bei normaler, oder nur wenig beschleunigter Herzaction, am häufigsten an der Carotis, hier mitunter stundenlang andauernd, sodann an der Aorta abdominalis und an umschriebenen Stellen der Extremitätenarterien. Die lebhaftere Gefässbewegung beruht in letzteren Fällen offenbar auf einer vorübergehenden Störung der Gefässinnervation, einem vasoparalytischem Zustande, dessen öftere Wiederkehr zu transitorischer und selbst andauernder Gefässerweiterung führen kann; ich habe solche wiederholt an einer Carotis am Halse bei Neurasthenikern gesehen. Viel häufiger trifft man jedoch gewisse Veränderungen an den Temporalarterien, auf welche bisher noch von keiner Seite aufmerksam gemacht wurde: abnormes Hervortreten und auffallende Schlängelung dieser Arterien bei Neurasthenischen in jüngeren Jahren. Ich habe dieses Verhalten der Art. temporal. bei Männern in den Anfängen der 30ger Lebensjahre ziemlich oft, aber auch bei solchen in den 20ger Jahren nicht ganz selten, in einem Falle sogar bei einem jungen Menschen von 18 Jahren, der an häufigen Congestivzuständen litt, constatiren können[56]). Die Gefässwand war hie-

[55]) Anknüpfend an obige Bemerkungen meines Vortrages wurde mir von Collega Dr. Sternfeld ein Fall mitgetheilt, der nach dem oben Gesagten keines weiteren Commentars bedarf: Bei einem Neurastheniker, der nie Erscheinungen von Seite des Herzens dargeboten hatte, wurde von einem Badearzte in einem Seebade irrthümlicherweise ein (organisches) Herzleiden diagnosticirt und daraufhin dem Betreffenden der Gebrauch der Seebäder untersagt. Seit dieser Zeit zeigte Patient in exquisitester Weise die Erscheinungen der Herzneurasthenie, und dieselben verloren sich erst, nachdem es gelungen war, dem Patienten die Ueberzeugung beizubringen, dass bei ihm ein Herzleiden nicht vorhanden sei.

[56]) Wie ich nachträglich ersah, hat Runge in seiner Arbeit über den Kopfdruck (Archiv f. Psych. 6. Bd., 3 Heft, 1876, S. 627) schon die Häufigkeit von Veränderungen der Temporalarterien bei seinen Kopfdruckpatienten, welche wohl in der Mehrzahl Neurasthenische waren, erwähnt. Runge fand bei 1/3 dieser Kranken Ektasie der Art. temporal. und zwar zumeist einseitig, seltener doppelseitig. Dass seine Beobachtungen aber lediglich jugendliche Individuen betrafen, bei welchen allein die fragliche Gefässveränderung von besonderem Interesse ist, erhellt aus seinen Mittheilungen durchaus nicht, und der Umstand, dass bei 1/4 der betreffenden Fälle sich auch an anderen

bei nur in vereinzelten Fällen etwas härtlich anzufühlen. Viel seltener als die genannte Veränderung fand ich bei jüngeren Individuen Ektasie einer umschriebenen Stelle der Temporalarterie[57]).

Abnorme Schlängelung der Arterie kommt, wie von Thoma nachgewiesen wurde, ähnlich wie die aneurysmatische Erweiterung derselben durch stärkere Dehnung der Gefässwand durch den Blutdruck zu Stande, und diese stärkere Dehnung tritt ein, wenn die Widerstandsfähigkeit der Gefässwand durch irgend welche Umstände verringert, die Gefässwand geschwächt ist. Gewöhnlich ist die Schlängelung der Arterien eine Veränderung, die der Arteriosklerose angehört; geschlängelte Temporalarterien sind daher bei älteren Leuten durchaus nichts Auffallendes. In den hier in Frage stehenden Fällen handelte es sich jedoch um junge Männer[58]), bei denen keine der gewöhnlichen Ursachen der Arteriosklerose (Alkoholismus, Gicht, chronische Nephritis u. s. w.) wirksam war. Dafür unterlagen die Betreffenden jedoch ausnahmslos dem Einflusse nervenerschöpfender Umstände, anhaltender Sorgen, Aufregungen oder bedeutender geistiger Ueberanstrengungen.

Von Anjel[59]) wurde durch Untersuchungen mit dem Plethysmographen ein abnormes Verhalten der vasomotorischen Centralapparate bei Neurasthenikern in sehr prägnanter Weise dargelegt. Bei Gesunden führt jede Gemüthsbewegung, jeder sensible Reiz einerseits zu einer Verminderung des Armvolums, welche andauert, so lange die geistige Erregung währt, andererseits zu einer Volumszunahme des Gehirns (Mosso). Diese Veränderungen beruhen nach Anjel auf activer Erregung der peripheren Vasoconstrictoren und consekutiver activer Erregung der Vasodilatatoren des Gehirns. Stellt man den plethysmographischen Versuch bei Neurasthenischen an, so ändert nach Anjel der Versuchsarm sein Volum zunächst nicht. Die Vorbereitungen zum Versuche genügen hier schon, um die Verengerung der Arm- und Erweiterung der Gehirngefässe herbeizuführen, die bei Gesunden erst während des Versuches eintritt. Wartet man den Ablauf der durch die Versuchsvorbereitungen bedingten Erregungen ab, so reagiren bei Neurasthenischen die Armgefässe auf schwache Gehirneindrücke prompt durch eine Contraction, die aber nicht lange anhält, sondern alsbald von einer Erweiterung abgelöst wird. Dieser Wechsel von Verengerung und Erweiterung setzt sich fort, so lange die geistige Erregung andauert und noch längere Zeit nach Ablauf derselben, während bei Gesunden das normale Gleichgewicht nach Beendigung der Gehirnerregung alsbald sich wieder einstellt. Hieraus erhellt, dass bei Neurasthenischen vasomotorische Impulse durch geringfügigere Anlässe ausgelöst werden als bei Gesunden, dass aber die Erregung der vasomotorischen Centren bei denselben der Constanz und Nachhaltigkeit ermangelt. Andauernde, schmerzliche Gemüthsbewegungen, Aufregungen und übermässige geistige Anstrengungen verursachen, wie wohl nicht zu bezweifeln ist, durch Ueberreizung eine Erschöpfung und damit diesen neurasthenischen Zustand der vasomotorischen Centren.

Die in Frage stehenden Veränderungen der Temporalarterien können, wenn wir das eben Erwähnte berücksichtigen, nur als Folge einer mangelhaften vasomotorischen Innervation betrachtet werden, durch welche eine geringere Widerstandsfähigkeit der Gefässwand gegen den Blutdruck bedingt wird. Da die ursächliche Schwäche der vasomotorischen Innervation jedoch von einem neurasthenischen Zustande der Gefässnervencentren abhängt, die wieder Theilerscheinung ausgebreiteter neurasthenischer Veränderungen ist, so dürfen wir die geschilderten präsenilen Veränderungen der Arteria temporalis als ein Zeichen der Neurasthenie ansehen.

Körperstellen Arteriosklerose nachweisen liess, spricht sogar direct dagegen. Bemerkenswerth ist, dass Runge mit Beseitigung des Kopfübels auch die Ektasie, Schlängelung und Härte der Temporalarterien sich zurückbilden sah; doch sind seine Angaben in dieser Beziehung nicht ganz congruent; an einer Stelle bemerkt er, dass er diese Rückbildung in mehreren, an einer anderen Stelle, dass er dieselben in etwa einem Dutzend der Fälle gesehen habe.

57) Beide Veränderungen können auch nebeneinander vorkommen. In einem jüngst von mir untersuchten Falle traumatischer Neurasthenie fand sich an der einen Temporalarterie circumscripte Ektasie, an der anderen abnorme Schlängelung.

58) Nach Thoma »Ueber einige senile Veränderungen des menschlichen Körpers und ihre Beziehungen zur Schrumpfniere und Herzhypertrophie«, Antrittsvorlesung, Leipzig 1884, findet man schon bei 35jährigen Menschen Spuren jener Veränderungen an den Blutgefässen, welche sich später als senile charakterisiren. Von den Männern, bei welchen die in Rede stehende Veränderung der Art. temporal. als eine praesenile angenommen wurde, war keiner älter als 33 Jahre.

59) Anjel, Arch. f. Psychiatrie, Band XV, 3. Heft, 1884, S. 618.

Störungen der Magen-Darmfunctionen.

Auch bei der nervösen Dyspepsie haben wir es entgegen einer früher vorherrschenden, besonders von Leube[60]) vertretenen Anschauung mit einer Reihe objectiv nachweisbarer Störungen zu thun. Nach Leube sollte es sich bei nervöser Dyspepsie lediglich um eine perverse Reaction der Magennerven auf die normal vor sich gehende Verdauung handeln, die Thätigkeit des Magens nach seiner motorischen sowohl als sekretorischen Seite sohin hiebei keine Veränderung aufweisen. Dieser Auffassung entsprechend glaubte Leube die Diagnose der nervösen Dyspepsie davon abhängig machen zu dürfen, dass die Ausspülung des Magens 6—7 Stunden nach Einnahme einer Probemahlzeit Leerheit desselben ergibt. Diese Ansichten wurden in der Folge von einer Reihe von Autoren (Leyden[61]), Stiller[62]), Oser[63]), Rosenthal[64]), Glax[65]) u. A.) bekämpft, welche sämmtlich für das mehr oder minder häufige Vorkommen von Störungen der motorischen und sekretorischen Magenfunctionen bei nervöser Dyspepsie sich aussprachen, und so entwickelte sich allmählig die Anschauung, dass es sich bei nervöser Dyspepsie um eine complicirte Neurose handelt, bei der in wechselnder Weise sich Störungen der sensiblen, motorischen und sekretorischen Magenfunctionen combiniren. Dieser Sachlage gegenüber hat auch Leube[66]) seine frühere Auffassung einigermassen modificirt. Er hält es zwar jetzt noch für charakteristisch für die nervöse Dyspepsie, dass bei dem Verdauungsversuche mit der Probemahlzeit nach 7 Stunden der Magen sich leer erweist. Indess gibt Leube in dieser Hinsicht wenigstens das Vorkommen von Ausnahmen zu, die jedoch die Regel nicht umstossen sollen. Bezüglich des Mageninhaltes spricht sich Leube jetzt dahin aus, dass die Untersuchung desselben verschiedene Resultate ergibt: normale Säuremenge, excessive Säureproduction, aber auch stärkere Reduction der Säureausscheidung bis zur vollständigen Inacidität. Die mangelhafte Säureproduction muss jedoch, wie Leube betont, nicht zu einer Verzögerung der Verdauung führen. Bei der excessiven Säurebildung andererseits kann eine Verlangsamung der Verdauung speciell der Amylacea vorkommen.

In jüngster Zeit hat Herzog[67]) in der Klinik von Leyden über den Chemismus und die motorische Thätigkeit des Magens bei nervöser Dyspepsie eine Reihe von Untersuchungen angestellt, die mir desshalb besonders werthvoll erscheinen, weil sich Herzog bei seinen Arbeiten verbesserter Methoden bediente. Bei der chemischen Untersuchung bestimmte Herzog nach Anstellung der bekannten Farbenreactionen (Methylviolett, Tropäolin etc.) mit dem filtrirten Mageninhalt die Gesammtacidität mittelst einer $^1/_{10}$ Normalnatronlauge nach Zusatz einiger Tropfen Phenolphthalein zum Filtrat.

Um die vorhandenen Säuren quantitativ zu bestimmen, wurden nach dem Verfahren von Cahn und Mehring (Destillation, Ausschütteln mit Aether u. s. w.) die Säuren getrennt, und ihre Menge ebenfalls durch Filtration mit einer $^1/_{10}$ Normalnatronlauge bestimmt. Die mechanische Leistungsfähigkeit des Magens wurde nach der Methode von Klemperer untersucht

60) Leube, Verhandlungen des Congresses f. innere Medicin, 1884.

61) Leyden, Berl. klin. Wochenschrift 1885, Nr. 30 u. 31.

62) Stiller, die nervösen Magenkrankheiten, 1884.

63) Oser, die Neurosen des Magens und ihre Behandlung, Wiener Klinik 1885.

64) Rosenthal, Magenneurosen u. Magenkatarrh, Wien 1886.

65) Glax, Ueber die Neurosen des Magens, Klinische Zeit- und Streitfragen 1887.

66) Leube, specielle Diagnose der inneren Krankheiten, 1889, S. 257.

67) Herzog, Zeitschr. f. klinische Medicin, Band XVII, 3. u. 4. Heft, S. 321, 1890.

(Eingiessung von 100 Gramm Oel in den Magen, Aspiration und Wägung des Residuums nach 2 Stunden)

In denjenigen Fällen, in welchen das Oelverfahren unanwendbar war, wurden Probeausspülungen und Aspiration des Mageninhaltes nach einem Milchprobefrühstück (1/2 Liter Milch und 2 Weissbrödchen) vorgenommen. Als Untersuchungsmaterial dienten 14 Patienten; es stellte sich hiebei Folgendes heraus:

Von den 14 Fällen zeigten neun motorische Schwäche des Magens, 5 gute motorische Kraft desselben. In der Gruppe mit motorischer Schwäche fand sich ausserdem 5 mal Hyper-, 1 mal Subacidität und nur 3 mal normale Acidität; in der Gruppe mit guter motorischer Kraft 4 mal Hyper- und 1 mal normale Acidität, keine Subacidität. Gute motorische Kraft und normale Acidität liess sich also unter den 14 Fällen nur bei einem constatiren. Das Verhalten des Magens, welches Leube als typisch für nervöse Dyspepsie hinstellt, bildet dem nach entschieden eher die Ausnahme als die Regel.

Wir dürfen aus dem vorstehend Angeführten jedenfalls schliessen, dass man bei nervöser Dyspepsie in der grossen Mehrzahl der Fälle in der Lage ist, für die vorhandenen, respective geklagten Verdauungsbeschwerden eine objective Grundlage nachzuweisen. Allerdings sind die in Frage stehenden, objectiv erweislichen Functionsstörungen des Magens nicht lediglich für nervöse Dyspepsie charakteristisch. Ein sogenannter Magenkatarrh kann zu den gleichen motorischen und sekretorischen Anomalien führen. Allein dieser Umstand kommt nicht in Betracht, wenn es sich darum handelt, festzustellen, ob in einem gegebenen Falle überhaupt ein abnormer Zustand von Seiten des Magens vorliegt oder nicht.

Ausser den angeführten beobachten wir bei nervöser Dyspepsie eine Reihe von objectiven Symptomen gestörter Magenfunction, die wir hier nur kurz erwähnen können: Auftreibung des Magens durch verschluckte Luft oder Magengase; sogenanntes nervöses Aufstossen, d. h. zeitweise reichliche Entleerung von geruch- und geschmacklosen Magengasen oder verschluckter Luft in Form von Ructus — eine Belästigung die mitunter den ganzen Tag anhält — Erbrechen, bei manchem nervös Dyspeptischen sehr häufig, bei der grossen Mehrzahl derselben fehlend, Regurgitation eines Theiles der aufgenommenen Nahrung und Flüssigkeit, peristaltische Unruhe des Magens.

Neben der nervösen Dyspepsie begegnen wir einer nervösen Enteropathie, die sich abgesehen von subjectiven Symptomen in 2 entgegengesetzten Zuständen des Darmes documentirt: in nervöser Obstipation und nervöser Diarrhoe. Der nervöse Ursprung dieser Störungen ergibt sich aus den ätiologischen Momenten und dem Umstande, dass im Stuhle Beimengungen von Schleim und Blut und anderen auf anatomische Veränderung des Darmes hinweisenden Stoffen fehlen. Die nervöse Obstipation ist gewöhnlich ein andauernder, über Wochen, Monate, selbst Jahre sich ausdehnender Zustand, während die nervöse Diarrhoe im Allgemeinen nur vorübergehend bei besonderen Anlässen, nach Aufregungen, Aerger, Schrecken und dergleichen eintritt.

Zwischen Diarrhoe und Obstipation liegt jener Zustand des Darmes, den Möbius[68]) als nervöse Verdauungsschwäche beschrieb, ein Zustand, den ich ebenfalls mehrfach beobachtete. Hier handelt es sich um Personen, die beim gutem Appetite und reichlicher Nahrungsaufnahme abmagern, ohne dass irgend welche Verdauungsbeschwerden bestehen. Diese Patienten haben täglich mehrere reichliche, breiige oder breiig-flüssige Stühle, mit welchen offenbar ein grosser Theil der aufgenommenen Nahrung den Darm unausgenützt verlässt. Mit der Besserung des Nervenzustandes werden hier in der Regel die Stühle seltener und compacter.

Anomalien der Schweiss-, Speichel- und Thränensecretion.

Anomalien der Schweisssecretion sind ebenfalls eine häufige Erscheinung bei Neurasthenischen und zwar kann es sich sowohl um vermehrte als verminderte Absonderung handeln. Allgemeine Hyperhidrosis beobachtet man namentlich bei höheren Graden nervöser Erschöpfung nicht selten. Unter den localen Hyperhidrosen sind die Hand und Fussschweisse die häufigsten und hartnäckigsten; dieselben sind mitunter so profus, dass sie zu ernster Belästigung und unter Umständen sogar zu Berufsstörungen führen. Bei manchen Neurasthenischen stellt sich nachts während des Schlafes eine sehr reichliche Schweissabsonderung am Kopfe ein, die Unterbrechung des Schlafes nach sich ziehen kann. Seltener als die Hyperhidrosis ist abnorme Trockenheit der Haut; diese Erscheinung beschränkt sich zumeist auf gewisse Körperstellen, vorherrschend die Hände und Füsse und bedingt hier mancherlei unangenehme Gefühle. Auch die Absonderung der Gelenke kann bei Neurasthenie zeitweilig eine Verminderung erfahren, die sich durch die Bewegungen begleitende knackende Geräusche bemerklich macht.

Auch Speichelfluss tritt mitunter als Symptom der Neurasthenie auf. In einem Falle meiner Beobachtung war die Salivation längere Zeit hindurch so bedeutend, dass der Patient beständig beschäftigt war, den aus dem Munde fliessenden Speichel abzuwischen. In diesem Falle gelang es durch Galvanisation längs des Kopfes (— Pol am Nacken) den Speichelfluss jedes Mal sofort zu inhibiren. Von manchen Seiten wurde die Salivation bei Nervösen mit geschlechtlichen Reizzuständen in Zusammenhang gebracht; für diese Annahme liefern meine Beobachtungen keine Stütze.

Bekannt ist endlich die abnorme Neigung zum Thränenvergiessen bei vielen Neurasthenischen. Diese Neigung geht zumeist — aber nicht constant — mit einer gesteigerten gemüthlichen Erregbarkeit einher; geringfügige freudige und traurige Affecte genügen, um Weinen oder wenigstens Vergiessen einiger Thränen herbeizuführen, ein Umstand, der den Betreffenden oft zu grossem Aerger gereicht.

Harnveränderungen.

Auch der Urin weist bei Neurasthenischen häufig Veränderungen auf. Diese lassen sich darauf zurückführen, dass

a) das Nierensecret während seiner Passage durch die Harnwege Beimengungen aufnimmt, welche aus diesen oder annexen Organen stammen;

b) die Nieren schon ein Secret liefern, welches in qualitativer oder quantitativer Beziehung oder in diesen beiden Beziehungen zugleich von der Norm abweicht. Wir wollen zunächst die Veränderungen ersterer Art betrachten.

Einen sehr häufigen Befund im Urin von Neurasthenikern bilden die sogenannten Urethralfäden (Tripperfäden). Die Hauptbestandtheile der meisten derselben sind neben einer schleimigen Grundsubstanz Rundzellen und Epithelien. Die genannten Formelemente sind jedoch in den Fäden in sehr wechselnder Menge vertreten, manche derselben erweisen sich unter dem Mikroskop als zusammenhängende Lagen von Epithelzellen (Epithelfetzen), während in anderen Fäden wieder nur Rundzellen nachweisbar sind. Daneben finden sich öfters Spermatozoen, Krystalle von oxalsaurem Kalk, Zellfragmente, Amyloide etc. Diese Fäden können bekanntlich sowohl aus der Urethra als aus der Prostata stammen; in der grossen Mehrzahl der Fälle rühren sie wohl von einer chronischen Urethritis her. Man hat die diagnostische Bedeutung derselben verschiedenfach überschätzt, indem man aus deren Gegenwart nicht blos auf chronische Gonorrhoe (oder Prostatitis), sondern auch auf Vorhergang sexueller Missbräuche (Masturbation, congr. interr.) schliessen zu dürfen glaubte; letztere Momente sollen nämlich nach der allerdings stricter Beweise gänzlich ermangelnden Ansicht einzelner Autoren ebenfalls eine chronische Urethritis herbeiführen und so die Bildung von Urethralfäden veranlassen.

Nach meinen Wahrnehmungen kann man vereinzelt im Urin sich findenden kleinen, zarten, durchsichtigen Schleimfäden eine besondere Bedeutung in diagnostischer oder ätiologischer Hinsicht nicht zuschreiben. Ich habe solche Fäden in einzelnen Fällen gefunden, in welchen sich sowohl Gonorrhoe als Masturbation so bestimmt ausschliessen liess, als dies überhaupt möglich ist. Grössere Menge von Urethralfäden und reichlicheres Vor-

---

68) Möbius, Erlenmeyer's Centralblatt f. Nervenheilkunde etc., S. 5, 1884.

handensein von zelligen Elementen in denselben weisen dagegen auf chronische Urethritis oder Prostatitis hin und sind daher immer zu beachten. Das Vorkommen einer sogenannten Tripperneurasthenie, d. h. einer Neurasthenie, in deren Aetiologie eine chronische Urethritis eine entschiedene Rolle spielt, lässt sich nicht wohl bestreiten. Allein diese Tripperneurasthenie ist, wie ich hier beifügen muss, durchaus keine so häufige Erscheinung, wie man nach den Angaben mancher Schriftsteller glauben sollte, und überdies ist dieselbe wenigstens nach meinen Wahrnehmungen in einer nicht geringen Zahl von Fällen mehr ein ancurirtes Leiden, mehr bedingt durch chronische, hartnäckige Misshandlung der Urethra durch sogenannte Localbehandlung, denn unmittelbare Folge der chronischen Urethritis.

Dass diese sich selbst überlassen eine Neurasthenie nach sich zieht, ist jedenfalls ein seltenes Vorkommniss. Die Gegenwart von Urethralfäden im Urin darf daher nicht ohne Weiteres als für Neurasthenie, noch weniger als speciell für sexuelle Neurasthenie sprechend erachtet werden.

Von grösserer Wichtigkeit ist im Allgemeinen der Nachweis von Spermabestandtheilen (Spermatozoen) im Urin, soferne sich physiologische Vorgänge — Coitus und Pollution — als Ursache dieser Beimengung ausschliessen lassen. Vor Allem müssen wir hier bemerken, dass ein erheblicher Theil der an krankhaften Samenverlusten in der Form der Spermatorrhoe Leidenden von dem Vorhandensein dieser Abgänge keine Ahnung hat. Ausserdem kommt in Betracht, dass wir Spermatorrhoe keineswegs lediglich bei sogenannter sexueller Neurasthenie, d. h. als Folge sexueller Missbräuche oder gonorrhoischer Infection beobachten. In den leichteren Fällen handelt es sich gewöhnlich nur um Abgang von Sperma mit den letzten Tropfen Urin, die beim Defäcationsacte entleert werden (Defäcationsspermatorrhoe). Es empfiehlt sich hier, diese Tropfen gesondert auffangen zu lassen und zu untersuchen. Die Diagnose einer Spermatorrhoe ist ohne mikroskopische Prüfung des fraglichen Abganges ganz unzulässig, da letzterer auch aus der Prostata als Product einer chronischen Entzündung dieses Organes stammen kann. In schwereren Fällen von Spermatorrhoe findet sich Sperma auch dem ohne Defäcation entleerten Urin beigemengt. Die Beimengung geschieht meist erst mit dem Abgange der letzten Urintropfen, kann aber auch während der Entleerung erfolgen. Der Uebertritt von Sperma in den Harn muss hier jedoch nicht bei jeder Entleerung vor sich gehen; desshalb kann eine einmalige Urinuntersuchung nicht genügen, um Spermatorrhoe mit Sicherheit ausschliessen zu lassen.

Die Spermatorrhoe tritt bekanntlich nicht lediglich an neurasthenische Zustände geknüpft auf; sie kann auf rein mechanischem Wege in Folge von Erweiterung und Erschlaffung der Ductus ejaculatorii bei chronischer Entzündung der Pars prostatica der Harnröhre, der Prostata, Samenblasen etc. zu Stande kommen. Wenn aber derartige ursächliche Momente nicht vorhanden sind und Anzeichen anderer zu pathologischen Samenverlusten führenden Erkrankungen des Nervensystems fehlen, muss die Spermatorrhoe entweder als Symptom einer localisirten, auf das Lendenmark sich beschränkenden Neurasthenie (in diesem Falle gewöhnlich mit Impotenz vergesellschaftet) oder als Theilerscheinung eines erheblichen allgemeinen nervösen Erschöpfungszustandes betrachtet werden. Als Symptom einer localisirten Neurasthenie beobachten wir die Spermatorrhoe besonders bei Personen, welche früher der Masturbation in excessivem Maasse ergeben waren. Bei allgemeiner Neurasthenie kann Spermatorrhoe vorübergehend als Folge einer Verschlimmerung der bestehenden Nervenerschöpfung durch geistige Ueberanstrengung, Aufregungen, Sorgen und dergleichen auftreten, sich hier aber auch mit der Besserung des Allgemeinzustandes ohne besondere Behandlung wieder verlieren. Ich sah dieselbe z. B. nach einem mehrwöchentlichen Landaufenthalte dauernd beseitigt.

Bei lange bestehender Spermatorrhoe zeigen die Spermatozoen mancherlei Veränderungen, insbesonders abnorme Kleinheit und Anhaften halskrausenartiger Membranreste an den Köpfen (Ueberreste der Samenzellenhülle).

Bei Spermatorrhoe werden ferner zuweilen im Urin sogenannten Hodencylinder gefunden, eigenthümliche, hyaline, den Hodencanälchen entstammende Cylinder, die grosse Aehnlichkeit mit Nierencylindern haben.

Von den qualitativ quantitativen Veränderungen des Urins, die wir bei Neurasthenie finden, ist zunächst die Polyurie zu erwähnen; diese stellt sich häufig acut und transitorisch nach Aufregungen, Sorgen, Aerger etc. ein; der Urin ist dabei gewöhnlich wasserklar und von geringem specifischem Gewichte (Urina spastica). Andererseits kann aber auch die Polyurie auf neurasthenischer Basis sich unter Schwankungen über Monate und Jahre erstrecken. Diese chronische Polyurie ist in der Regel mit Polydipsie verbunden, und es ist bei dieser Combination nicht immer festzustellen, ob letztere die Folge der Polyurie oder umgekehrt die Polyurie Folge der Polydipsie ist. Ich fand den vermehrten Durst öfters mit Appetitlosigkeit und anderen Erscheinungen nervöser Dyspepsie vergesellschaftet, die betreffenden Patienten klagten, dass sie sich zum Essen zwingen müssten, aber den ganzen Tag trinken könnten. Es liegt hier nahe, eine abnorme Erregung des Durstcentrums als primäre Störung anzunehmen, zumal der vermehrte Durst nicht nothwendig mit Polyurie verknüpft ist. In manchen Fällen sehen nämlich die Kranken trotz ihres beständigen Durstes von vermehrter Getränkezufuhr aus dem einen oder anderen Grunde ab; hier mangelt dann auch die Polyurie in der Regel.[69])

Eine weitere bei Neurasthenie und zwar vorzugsweise bei sexueller Neurasthenie zu beobachtende Urinveränderung ist die Phosphaturie. Man versteht darunter die Ausscheidung eines Urins, der bereits bei der Entleerung durch nicht gelöste Phosphate getrübt ist oder erst beim Stehen oder Erhitzen durch solche getrübt wird. Diese Trübung des Harns erscheint weisslich, graulich oder grünlich weiss. Beim Stehen fallen die die Trübung verursachenden Salze zumeist — aber nicht immer — rasch zu Boden und bilden ein graulich weisses Sediment, das zum grössten Theile aus Erdphosphaten besteht und schon durch seine Farbe sich von den röthlich gefärbten Uratsedimenten unterscheidet. Das specifische Gewicht des Urins ist in der Regel normal, seine Reaction vorherrschend alkalisch, seltener leicht sauer, neutral oder amphoter. Unter dem Mikroskope präsentiren sich die Erdphosphate (phosphorsaurer Kalk und phosphorsaure Magnesia) als feinkörnige, oder staubartige Masse, der sparsamer oder reichlicher Tripelphosphatkrystalle (Sargdeckelformen) beigemengt sind; letztere können auch allein das Sediment bilden. Auch die spiessigen oder keilförmigen Krystalle des neutralen phosphorsauren Kalkes finden sich zu fächer- oder seestern-, respective seeigelartigen Gebilden angeordnet nicht selten im Sedimente vertreten, ebenso die kügelchenartigen Massen des kohlensauren Kalkes. Letztere lagern sich öfters an Platten an, welche der neutrale phosphorsaure Kalk an der Oberfläche des Harns bildet. Für die Diagnose der Phosphaturie ist es wichtig, dass die Trübung des Urins beim Erhitzen noch zunimmt und durch Zusatz einiger Tropfen Essigsäure sich vollständig zum Verschwinden bringen lässt.

Die Phosphaturie zeigt in ihrem Auftreten ausserordentlich viele Variationen. Bald ist nur ein Theil des auf einmal entleerten Urins getrübt (zumeist die Endportion desselben, was davon herrühren dürfte, dass das Phosphatsediment sich in der Blase senkt), bald zeigt das ganze Quantum Trübung. In einzelnen Fällen tritt die Phosphaturie nur zu gewissen Tageszeiten auf, in anderen Fällen ganz unregelmässig. Die Ausscheidung des durch Phosphate getrübten Urins erfolgt auch in sehr verschiedener Häufigkeit, täglich ein oder mehrere Male, wöchentlich einige Male, aber auch in ganz verschiedenen grösseren Zeiträumen. Oefters wird die Phosphaturie von gewissen nervösen Reizerscheinungen begleitet. Am häufigsten handelt es sich um vermehrten Drang zum Uriniren, leichtes

[69]) Gewöhnlich nimmt man an, dass bei der Combination von Polyurie und Polydipsie die Polyurie das Primäre ist. Worm Müller und Kaurin glauben jedoch, dass in einzelnen Fällen von Diabetes insipidus Polydipsie die primäre Störung bildet. Dass ein abnormes Durstgefühl als rein neurasthenische Empfindungsstörung unabhängig von Polyurie auftreten kann, wird man um so weniger bezweifeln dürfen, wenn man berücksichtigt, dass bei Neurasthenischen auch ein abnorm geringes Flüssigkeitsbedürfniss durchaus nicht selten ist.

Brennen während des Harnens und Harnzwang (Spasmus vesicae). Finger glaubte, dass die Krystalle des phosphorsauren Kalkes durch ihre Einwirkung auf die Schleimhaut diese Störungen hervorrufen. Diese Auffassung wird von Peyer[70]) bekämpft, welcher meint, dass sich die betreffenden Erscheinungen am ungezwungensten durch die alkalische Reaction des Harns bei einem abnorm empfindlichen Blasenhalse erklären. Finger betrachtet die Phosphaturie als Secretionsneurose der Niere und als solche als Theilerscheinung der Neurasthenie, während Peyer der Ansicht ist, dass es sich in den meisten Fällen um eine reflectorisch von den Sexualorganen aus entstehende Secretionsneurose der Niere, seltener um ein Symptom der Neurasthenie oder Hysterie handelt. Irgend welche Beweise für den angeblich reflectorischen Ursprung der Phosphaturie werden jedoch von Peyer nicht beigebracht; es bedarf auch keiner langen Darlegung, dass mit der Annahme einer Secretionsneurose der Niere durchaus nichts erklärt wird.[71]) Die Ankündigung der Phosphaturie durch Störungen des Allgemeinbefindens in einzelnen Fällen (Frösteln, Pulsbeschleunigung, Gefühl von allgemeinem Unbehagen etc.), ferner das Auftreten derselben nach Schlaflosigkeit und psychischen Depressionszuständen scheinen mir dafür zu sprechen, dass wenigstens in einem Theile der Fälle die Urinveränderung auf einer Anomalie des Stoffwechsels beruht, die ihrerseits wieder von nervösen Einflüssen abhängt.

Ungleich häufiger als der Phosphaturie begegnen wir bei Neurasthenischen der sogenannten Oxalurie. Oxalsäure findet sich im Harne Gesunder als ein fast constanter, jedenfalls sehr häufiger Bestandtheil. Nach Fürbringer beträgt bei gewöhnlicher gemischter Kost und mässiger Muskelthätigkeit die ausgeschiedene Säuremenge etwa 0,02 täglich. Durch Genuss oxalsäurereicher Pflanzen (Sauerampfer, Tomaten, heller Endivien etc.) wird die Oxalsäureausscheidung erheblich gesteigert. Im Urin findet sich die Säure fast nur als Kalkoxalat, welches hauptsächlich durch saures phosphorsaures Natron in Lösung erhalten wird. Die Sedimente, welche das Kalkoxalat bildet, sind fast immer krystallinisch, und die gewöhnlichste Krystallform derselben ist das Oktaeder, die sogenannte Briefcouvertform. Diese zierlichen, glänzenden Krystalle treten in sehr verschiedenen Grössen auf; die kleinsten derselben erscheinen selbst bei starker Vergrösserung nur als eckige Punkte. Sehr viel seltener sind die sphäroiden Formen des Kalkoxalats (Sanduhr-, Bisquitform etc.). Zum Nachweise des Oxalats im Harne genügt in den meisten Fällen der mikroskopische Befund der Krystalle. Indess darf man aus der Menge des Sediments noch keinen Schluss auf die Menge vorhandenen Oxalats ziehen, da die Abscheidung desselben von der Reaction des Harns abhängt. In säurereichem Urin kann sich nur wenig oder kein Oxalat niederschlagen, auch wenn derselbe relativ reich an Oxalat ist.

Aus dem eben Erwähnten geht hervor, dass das Vorkommen einer geringen Menge von Kalkoxalatkrystallen im Urin von keiner Bedeutung ist; es kann dies einfach durch geringen Säuregrad des Urins bedingt sein. Berücksichtigen wir aber andererseits die geringe Menge Kalkoxalat, die normaler Weise im Urin sich findet, so erscheint es völlig gerechtfertigt, wenn wir die Bildung beträchtlicher Sedimente von Kalkoxalat (bei gewöhnlicher gemischter Kost) als eine pathologische Erscheinung betrachten.

Solche beträchtliche Sedimente finden sich nach meinen Wahrnehmungen bei Neurasthenischen sehr häufig. Man mag mit Bunge[72]) annehmen, dass die geringe Menge im normalen Harne enthaltener Oxalsäure aus der aufgenommenen gemischten Nahrung stammt. Das Auftreten reichlicher Kalkoxalatsedimente bei gewöhnlicher gemischter Kost lässt sich dagegen nur darauf zurückführen, dass wenigstens ein Theil der normaler Weise im Organismus durch Oxydation der Kohlenhydrate sich bildenden Oxalsäure nicht weiter zu Kohlensäure und Wasser oxydirt wird, dass sohin eine Verlangsamung des Stoffwechsels vorliegt, wenigstens soweit der Umsatz der Kohlenhydrate in Betracht kommt. Da der Stoffwechsel des Organismus jedenfalls zum grossen Theile vom Nervensystem abhängig ist, so darf es uns nicht wundern, dass ein abnormer Zustand des Nervensystems, wie ihn die Neurasthenie darstellt, auch zu Stoffwechselanomalien führt.

Das Vorkommen beträchtlicher Oxalatsedimente im Harne Neurasthenischer wurde schon von einer Anzahl früherer Beobachter constatirt. Beard[73]) erwähnt, dass auf die Beziehung des oxalsauren Kalkes zu verschiedenen nervösen Symptomen schon von Golding Bird die Aufmerksamkeit gelenkt wurde, wenn er auch die Bedeutung der Oxalatniederschläge nicht richtig würdigte. Beard selbst fand in der Mehrzahl der Fälle von Neurasthenie, in welchen er den Urin untersuchen liess, massenhaft Oxalate. Nach seiner Ansicht kommt diesen Sedimenten dieselbe Bedeutung zu, wie der spinalen und cerebralen Irritation, der Dyspepsie; sie sind nur Folgen und Symptome der Neurasthenie. Der Ausdruck Oxalurie kann daher in diesen Fällen auch nur in symptomatischem Sinne gebraucht werden. Ultzmann[74]) fand den oxalsauren Kalk häufiger und in reichlicherer Menge bei Neurosen als bei Nierencalculose. Peyer[75]) andererseits sah nur wenig Fälle von typischer, unzweifelhaft nervöser Oxalurie und zwar trat diese in den betreffenden Fällen alternirend mit Phosphaturie auf. Auf häufiges Zusammentreffen von Oxalurie und Spermatorrhoe wurde schon von Donné hingewiesen. Niemeyer[76]) erwähnt Fälle, welche offenbar auch hieher gehören. Es handelt sich um Kranke, welche längere Zeit hindurch grössere Mengen von oxalsaurem Kalk ausschieden, bei denen sich im Urin daneben Spermatozoen und eine erheblichere Menge von Schleim fanden. Diese Form von Oxalurie war von Störungen des Allgemeinbefindens, melancholischer Stimmung, bleichem Aussehen etc. begleitet. Niemeyer glaubte diese Erscheinungen aus der Spermatorrhoe und dem Katarrh der Harnwege erklären zu können. Curschmann[77]) bestätigt Donné's Angaben bezüglich der häufigen Combination von Oxalurie und Spermatorrhoe und bemerkt, dass er reichliche Oxalatauscheidung im Urin auch in Fällen beobachtete, in welchen keine Verdauungs- und Nutritionsstörung bestand; er schliesst sich auch der Auffassung von Donné an, dass man in Fällen von Oxalurie auf pathologische Pollutionen fahnden soll, und glaubt, dass er hievon schon mehrfach diagnostischen Vortheil gezogen habe. Peyer andererseits konnte sich von dem häufigen Vorkommen des oxalsauren Kalkes im spermahaltigen Urin nicht überzeugen. Fürbringer[78]) war zwar das Vorhandensein von Oxalurie bei Spermatorrhoikern öfters auffällig; er schreibt derselben jedoch keine bestimmte Beziehung zur Spermatorrhoe zu. Nach seinen Beobachtungen trifft man Oxalurie bei Spermatorrhoikern nicht häufiger als bei Nervösen und Dyspeptischen überhaupt.

Was nun meine eigenen Erfahrungen betrifft, so muss ich zunächst constatiren, dass ich besondere Beziehungen der Oxalurie zur Spermatorrhoe ebenfalls nicht wahrnehmen konnte. Ich fand allerdings im Urin der Spermatorrhoiker ziemlich häufig grössere oder geringere Mengen von Oxalatkrystallen, aber doch nicht constant. Auch bei Neurasthenischen, die weder an Spermatorrhoe, noch an Dyspepsie leiden, trifft man nach meinen Beobachtungen gleichfalls häufig erhebliche Oxalatsedimente im Urin, ohne dass man die Ernährungsweise oder die

[70]) Peyer, Volkmann's Sammlung klin. Vorträge, Nr. 336, S. 3051.
[71]) Sendtner fand in einem Falle von Phosphaturie (Münchener med. Wochenschrift 1888, S. 671) vermehrte Kalkausscheidung; es ist wenigstens nicht sehr naheliegend, dass eine solche durch nervöse Beeinflussung der Niere bedingt sein soll.
[72]) Bunge, Lehrbuch der physiol. u. patholog. Chemie, 2. Aufl., S. 327.
[73]) Beard l. c. S. 74.
[74]) Ultzmann, Neurosen der Harn- u. Geschlechtsorgane, Wiener Klinik 1879.
[75]) Peyer, Volkmann's Sammlung Nr. 341, S. 3077.
[76]) Niemeyer, Pathologie und Therapie, 7 Aufl., Bd. I., 1868, S. 610.
[77]) Curschmann, v. Ziemssen's Handb., 9. Band, 2. Hälfte, 2. Aufl., 1878, S. 509.
[78]) Fürbringer, Die inneren Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, 2. Aufl., 1890, S. 534.

Reaction des Urins dafür verantwortlich machen könnte. In Bezug auf die Beschaffenheit des Sedimentes drängten sich jedoch meiner Wahrnehmung im Laufe der Zeit gewisse Differenzen auf, die ich nicht als bedeutungslos ansehen kann. In dem grösseren Theile der in Rede stehenden Fälle scheidet sich das Kalkoxalat beim Stehen in Form einer Wolke aus, die einer Schleimwolke ähnelt. Nimmt man etwas von dieser Wolke mit einer Pipette heraus, so zeigt sich, dass die Wolkenbildung durch Ansammlung minimalster, punktförmiger Oxalatkrystalle zu Stande kam; grössere Krystallexemplare finden sich entweder gar nicht vertreten oder nur sehr vereinzelt. In diesen Fällen sind in der Regel Störungen von Seiten der Harn- und Geschlechtsorgane nicht vorhanden. In anderen Fällen finden wir ein beträchtlicheres oder geringeres Sediment, das jedoch zum grossen Theile, wenn nicht völlig aus grösseren Oxalatkrystallen besteht, worunter mehr weniger zahlreiche Prachtexemplare der Briefcouvertform sich finden. Die Oxalurie ist in diesen Fällen zumeist mit gewissen Beschwerden verknüpft: Vermehrtem Drang zum Uriniren, Gefühlen von Druck, Ziehen oder Schwere im Damme, ab und zu auch Schmerzen in der Harnröhre, Erscheinungen, die mit dem Schwinden der fraglichen Oxalatsedimente sich wieder verlieren. Mir hat sich im Laufe meiner Beobachtungen entschieden die Ueberzeugung aufgedrängt, dass es sich hier nicht um ein zufälliges Zusammentreffen von Symptomen handelt. Es liegt sehr nahe, dass die grossen, scharfkantigen Oxalatkrystalle sich zum Theil auch in die Schleimhaut der Harnblase und Harnröhre einbetten und durch Reizung derselben die in Frage stehenden Beschwerden herbeiführen.[79]) Von welchen Umständen diese auffälligen Verschiedenheiten in der Beschaffenheit des Sedimentes in der Einzelfällen abhängen, entzieht sich vorerst unserer Kenntniss noch ganz und gar, so aber auch die besondere Gestaltung des neurasthenischen Zustandes, an welche das Auftreten der Oxalurie überhaupt sich knüpft. Die Intensität der nervösen Erschöpfung kann in dieser Richtung nicht von wesentlichem Einflusse sein, da die Oxalurie auch bei leichten neurasthenischen Zuständen beobachtet wird, und ich selbst nach entschiedener Besserung des Nervenzustandes die Oxalurie noch andauernd fand.

Die Oxalurie bei Neurasthenischen stellt eine Folge des Einflusses dar, welchen der veränderte Nervenzustand auf die Stoffwechselvorgänge ausübt; sie muss daher, wie schon von Beard betont wurde, als symptomatisch aufgefasst werden. Man unterscheidet gegenwärtig noch von der symptomatischen eine idiopathische Oxalurie (oxalsaure Diathese, Oxalämie), deren Symptome nach den Schilderungen Begbie's[80]) und Cantani's[81]) zum grössten Theile neurasthenischer Natur sind: Es handelt sich um dyspeptische Erscheinungen, Schlaflosigkeit, hypochondrische und melancholische Verstimmung, Schwäche, Mattigkeit, Abnahme der Geisteskräfte, Schmerzen im Rücken und in den Lenden, nervöse Reizbarkeit und Abmagerung. Nach meinem Dafürhalten besteht zwischen dieser idiopathischen Oxalurie und der symptomatischen der Neurastheniker lediglich ein gradweiser Unterschied, ein Unterschied hinsichtlich der Menge der ausgeschiedenen Oxalsäure; auch die idiopathische Oxalurie hängt höchstwahrscheinlich von einer Alteration des Nervensystems ab. Dass in Fällen, wie dem vor kurzem von Neidert[82]) mitgetheilten, in welchem die täglich ausgeschiedene Oxalsäuremenge 500 mg betrug, die Anomalie des Stoffwechsels allein schon verschiedene andere Störungen nach sich zieht, ist wenigstens naheliegend.

---

[79]) Auch Peyer (Phosphaturie. Volkmann's Sammlung Nr. 336, S. 3037) theilt einen Fall von Phosphaturie alternirender Oxalurie mit, in welchem der Abgang grosser Oxalatkrystalle unter heftigem Drängen und Brennen — Harnzwang — statt hatte.

[80]) Begbie, On stomach and nervous disorder as connected with the oxalic diathese, Edinb. Monthly Journ. of med. science, Aug. 1849.

[81]) Cantani, Oxalurie etc., deutsch von Hahn, Berlin 1880.

[82]) Neidert, Münch. med. Wochenschrift, 1890, S. 590.

Beitrag zur conservativen Chirurgie der Hand.

Von Oberarzt Dr. *A. Schreiber* in Augsburg.

(Schluss.)

Als Illustration mögen hier nur 2 Fälle angeführt sein:



Fig. 10. Complicirte Daumenluxation des Endglieds mit totalem Hervortreten der Rolle d. 1. Phal.

Anton Sch., 40 Jahre alt, fiel von einem 3 m hohen Gerüst herab und zog sich ausser zahlreichen Rippenbrüchen und Sternumfractur, die von enormem Hautemphysem begleitet waren, eine dorsale Luxation des Daumenendglieds zu. Die Rolle der 1. Phalange war von einer queren Hautwunde fest umschnürt (Fig. 10). Trotz Incision der äusseren Wunde gelang die Reposition nicht sofort, sondern erst, nachdem durch eine Rotation die seitlich abgewichene Flexorensehne über den Rand der Trochlea herübergeglitten war, mit grosser Leichtigkeit. Trotz sorgfältiger Antisepsis erfolgte Eiterung und musste später eine Contraincision ausgeführt werden, wonach die Heilung langsam erfolgte. Form des Daumens blieb normal, die Beweglichkeit etwas beschränkt.



Fig. 11. Complicirte Dorsalluxation des Daumenendglieds mit Interposition der Beugesehne.

Der 2. Fall betraf einen jungen Mann, der, nachdem er die Treppe herabgestürzt, mit einer volaren queren Wunde am Daumen zuging, in der die Rolle der 1. Daumenphalanx sichtbar war (Fig. 11), über die sich nur in der Mitte noch eine kleine Spange der volaren Kapselwand anspannte. Die gewöhnlichen Repositionsmanöver in Narkose waren erfolglos und wurde desshalb der Kapselriss an der Seite eingekerbt, als dies nicht zum Ziel führte, wurde die seitlich abgewichene Flexorensehne mit einem Schielhäkchen hervorgezogen, worauf die Reposition sofort leicht gelang.

Auch von den Luxationen der übrigen Finger wurden die dorsalen weitaus am häufigsten beobachtet, aber während am Daumen die isolirte Stellung des Gelenks die Luxation nicht leicht übersehen lässt, sind die Symptome der Grundphalanxluxation der übrigen Finger nicht immer so deutlich ausgeprägt, und konnte ich z. B. in relativ kurzer Zeit 3 Fälle solcher veralteter Luxationen beobachten, (von denen 2 behufs Begutachtung für die Unfallversicherung mir zugesandt waren und in deren einem die Luxation ganz übersehen worden, in deren zweitem die Aerzte die Luxation reducirt zu haben glaubten).

Zunächst ist auf Verkürzung des betreffenden Fingers zu achten, der meist in gestreckter oder mässig gebeugter Stellung steht, selten etwas seitlich abgewichen ist (und ist hiebei zu erwähnen, dass der Mittelfinger normaler Weise den ziemlich gleich langen Zeige und Ringfinger um fast $^1/_2$ Gliedlänge überragt, während der Kleinfinger wesentlich kürzer, in der Regel nur bis zur Höhe des Endgliedgelenkes des 4. Fingers reicht). Bei der Betastung fällt dorsal der Vorsprung der Phalangenbasis auf, hinter dem die Strecksehne etwas hohl liegt, in der Vola macht das Metacarpusköpfchen einen deutlichen Vorsprung, der dem Anfänger häufig wegen seiner relativ tiefen Lage (Fig. 12) nicht als das vorstehende Metacarpusende imponirt, obgleich die kugliche Wölbung deutlich genug durch die Vola sich abtasten lässt. Die Bewegungen des betreffenden Fingers sind meist ganz aufgehoben oder doch sehr wesentlich eingeschränkt.



Fig. 12. Dorsale Luxation des Zeigefingers bei Beugung des Fingers.

Es ist leicht verständlich, dass Zeige- und Kleinfinger durch ihre relativ exponirte Lage am meisten Luxationen ausgesetzt sind, nur 1 mal unter 19 Fällen fand sich der Mittelfinger luxirt. Dass die complicirten Luxationen hier häufiger seien (wie manche Autoren angeben), kann ich nach meinen Beobachtungen nicht schliessen, da ich eine Reihe uncomplicirter Fälle und einen sah, bei dem das Metacarpusköpfchen (wie es gewöhnlich bei der durch Ueberstreckung des Fingers entstehenden Dorsalluxation der Fall) die Palmarhaut durchbrochen hatte und von dem Hautriss eng umschnürt vorlag.

Auch bei diesen Fingerluxationen sind verschiedenartige Repositionshindernisse constatirt worden; meist enger Kapselriss, der das vorstehende Metacarpusköpfchen umschnürte, schürzenartig interponirte vordere Kapselwand oder gar Interposition

der Beugesehne, so hat u. a. Symonds[8]) 2 Fälle von Zeigefingerluxation mitgetheilt, wobei das Gelenk geöffnet, das hindernde Band getrennt werden musste. Der Einschnitt geschah auf der äussern Seite und zeigte sich das Köpfchen durch eine fibröse Masse ganz verborgen, durch die es wie durch ein Knopfloch hervorgetreten war und nach deren Durchtrennung sofort die Reduction sich bewerkstelligen liess. Croft theilt einen ähnlichen Fall mit u. a.

Pucky[9]) schildert einen Fall complicirter dorsaler Metacarpus-Phalangealluxation des Zeigefingers mit Sehneninterposition bei einem Maurer, der von einer 7' hohen Leiter gestürzt war. Der Zeigefinger zeigte sich in halber Beugung 1/2 cm verkürzt, in der Beugefalte der Volarfläche eine quere 2 cm breite, von dem mit seiner Gelenkfläche vorgelagerten Gelenkkopf des 2. Metacarpus erfüllte Hautwunde. Dorsal eine Geschwulst resp. die deutlich palpirbare Gelenkfläche der Grundphalanx. Die Reposition gelang trotz mehrfacher Extension und Flexion nicht, sie kam endlich zu Stande, indem während der Hyperextension eine Rotation, dann eine Flexion ausgeführt wurde. Am 16. Tag konnte Patient mit beweglichem Gelenk entlassen werden.

Dorsale Zeigefingerluxationen sind relativ häufig mitgetheilt worden (le Dentu[10]), Hamilton etc.).

Zoege Manteufel[11]) beobachtete eine Zeigefingerluxation durch Fall durch eine Bodenlücke (durch Stoss gegen den Metacarpus), wobei die gewöhnliche Reduction nicht gelang und nach 2 Tagen das Gelenk auf der Dorsoradialseite geöffnet wurde in der Hoffnung, durch forcirte Flexion das Gelenk zur Beseitigung des Hindernisses zugänglich machen zu können. Die volare Kapsel und Beugesehne fand sich interponirt, aber erst nach Hinzufügen eines ulnarvolaren Schnitts und Einkerbung der Kapsel gelang die Reduction und trat die Heilung in normaler Weise ein.

Die Reposition gelingt in der Regel durch Hyperextension mit directer Impulsion und Flexion, sobald die Phalangenbasis über den Rand des Metacarpusköpfchens vorgeschoben ist. Die Incision bei irreducibelen Fällen geschieht wohl am besten von der Volarseite aus. In veralteten Fällen wird man durch die Resection des Metacarpusköpfchens noch eine wesentliche Besserung der Function erzielen können. Der folgende Fall möge hier zur Illustration kurz angeführt sein.



Fig. 13. Veraltete Luxation des Zeigefingers aufs dors. metac. Ansicht von der Vola.

Ludwig B., 16jähriger Lehrling, erlitt im November vorigen Jahres eine Luxation des linken Zeigefingers dadurch, dass der Bohrer bei der Arbeit an einer Drehbank aussprang und gegen die Basis des Zeigefingers fuhr. Zwei Aerzte machten mehrere Repositionsversuche und erklärten schliesslich die Reduction als erfolgt, obgleich Pat. den Zeigefinger nicht beugen konnte. Der Zustand blieb der gleiche. Patient konnte den verkürzten Zeigefinger kaum zur Hälfte beugen, nicht ganz strecken. Das in der Hohlhand vorstehende Capitulum oss. metacarpi (Fig. 12 u. 13) genirte beim Greifen, Faustschluss war unmöglich u. ich schlug deshalb dem Patienten, den ich behufs einer Begutachtung im Mai 1891 sah, einen operativen Eingriff zur Besserung der Beweglichkeit vor und als ich bei einem radiovolaren Längsschnitt das Capitulum metac. II von festen Bindegewebsmassen eingeschnürt, den Knorpel desselben grösstentheils geschwunden vorfand, nahm ich die Resection des



Fig. 14. Zustand nach Resection des 2. Metacarpalköpfchens wegen veralteter Zeigefingerluxation.

Metacarpalköpfchens mit der Knochenzange vor. Die Heilung erfolgte völlig per prim. Patient konnte bald danach den Zeigefinger, der nur wenig verkürzt ist, völlig strecken und fast vollständig beugen. Fig. 14 zeigt den Zustand der Hand bei seiner Vorstellung ca. 14 Tage nach erfolgter Entlassung. Die Narbe war glatt und genirte in keiner Weise. Am Dorsum der Hand fiel beim Faustschluss nur die Abflachung des Zeigefingerknöchelchens auf.

Luxationen in den Interphalangealgelenken kommen bekanntlich dorsal, selten seitlich und volar vor und sind wohl häufiger, als sich nach den Angaben in der Literatur annehmen lässt, da viele Kranke durch Zug sofort selbst die Reposition vornehmen. Fall auf die Finger, Anprallen mit denselben gegen einen Gegenstand (z. B. bei Baseball-Spiel). Maschinenverletzungen sind die häufigsten Anlässe und sind Luxationen der Interphalangealgelenke an allen Fingern beobachtet worden.

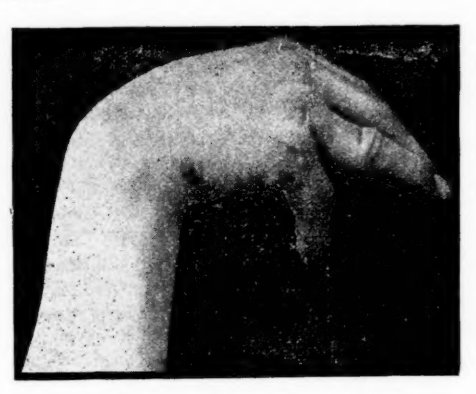


Fig. 15. Dorsalluxation der 2. Phal. des Ringfingers.

Fig. 15 zeigt besonders schön die Formveränderung in einem Fall einfacher dorsaler Luxation der 2. Phalanx des Ringfingers durch Anprallen gegen einen Gegner beim Barlauf entstanden, deren Reposition durch Zug mit directem Druck auf die dorsal vorspringende Phalangenbasis keine Schwierigkeiten darbot und zu vollkommener Wiederherstellung des betreffenden Fingers führte. In der Regel steht die abgewichene Phalanx in Extension und ist durch eine hinter der Basis derselben sich kennzeichnende Hautfalte neben der Verkürzung um 3—4 mm das Bild ein ziemlich ausgesprochenes.



Fig. 16. Veraltete dorsale Phalangenluxation am Zeigefinger.

Dass übrigens auch solche Luxationen unentdeckt bleiben können, dafür mag Fig. 16 als Beispiel angeführt sein, eine als zufälliger Befund bei einem Fabrikarbeiter im Gefolge einer vor 4 Jahren erlittenen Duplirmaschinenverletzung bestehende veraltete Zeigefinger-Interphalangealluxation mit vollkommener Anchylosirung, bei der die volar vorstehenden Condylen des Phalangenköpfchens der 1. Phalanx, das dorsal vorstehende Basalende der 2. und die im Gefolge der alten Verletzung eingetretene Atrophie des ganzen Fingers (der übrigens dem Patienten in seiner Arbeit nicht hinderlich ist) gleich gut hervortreten.

8) Clinc. soc. trans. 9 III 88.
9) Wiener med. Wochenschr. 1875. p. 596.
10) Union méd. 1875.
11) Petersb. med. Wochenschr. 1889.

Luxationen der Endphalangen sind relativ selten mitgetheilt worden und dürften sich ausser den Fällen, die Malgaigne und Lèger, Majolin, Duges und denen, die Albert erwähnt (am Ringfinger eine dorsale, eine laterale Luxation der Endphalange) dem Fall von Middleton und den von Annandale nicht viele Angaben in der Literatur finden. Zur Extension der luxirten Endphalanx wird man sich wohl meist der bei der Daumenluxation erwähnten Zangen bedienen, die man sich jedoch im Nothfall durch eine mit 2 Korkhälften armirte Knochenfasszange oder breite Kornzange improvisiren kann. Ravaton gelang die Reposition in einem Fall erst durch Extension mittelst eines an dem Fingerendglied angelegten Handschraubstockes. Auch complicirte Luxationen eines Fingerendgliedes wurden beobachtet, so von Gogué mit Hervortreten des 2. Phalanxköpfchens durch eine volare Risswunde.

Bei Maschinenverletzungen hatte ich häufig Gelegenheit, complicirte Phalangenluxationen der Endphalanx zu beobachten und war fast immer in der Lage, das Endglied danach beweglich zu erhalten, resp. Anchylose zu vermeiden, wenn auch die völlige Beugung meist nicht ganz möglich war und in mehreren Fällen eine halbgebeugte Stellung im Gefolge von gleichzeitiger Schädigung der Strecksehne zurückblieb.

Feuilleton.

Morbiditätsstatistik der ärztlichen Bezirksvereine der Oberpfalz 1883—1890 incl.

Nachdem durch Bekanntmachung des k. Staatsministeriums des Innern vom 5. August l. Js. (Amtsblatt des k. Staatsministeriums des Innern vom 15. August 1891 No. 30, S. 289) ein neuer Modus sowohl der Zählkarten selbst als auch der Einlieferung eingeführt wird, hört die bisherige Art und Weise der Sammlung der Zählkarten durch Sammelstellen vollständig auf. Es wird eine directe Einsendung Seitens des anzeigenden Arztes an das statistische Bureau in München erfolgen und dadurch die Beobachtung der statistischen Resultate für den einzelnen Kreis unmöglich werden.

Angesichts dieser totalen Umgestaltung der bisherigen Verhältnisse dürfte es angezeigt sein, einen Rückblick auf die letzten acht Jahre zu werfen, in welchen die Aerzte der Oberpfalz die Morbiditätsstatistik gemeinschaftlich bearbeitet haben und auf die Resultate, welche bei der Sammelstelle für den Kreis in Regensburg constatirt werden konnten.

Im Jahre **1882** kam eine Einigung der fünf Bezirksvereine der Oberpfalz in Bezug auf die statistische Beobachtung der Infectionskrankheiten zu Stande. Es wurden nach gleichheitlichem Schema die Angaben der theilnehmenden Aerzte von den einzelnen Bezirksvereinen gesammelt und am Schlusse des Jahres an die Centralsammelstelle dahier abgeliefert, woselbst eine Zusammenstellung für den ganzen Kreis bearbeitet wurde. Dies geschah mit ganz werthvollen Resultaten bis zum Jahre 1889, wo in Folge der Verhandlungen der Aerztekammern und des verstärkten Obermedicinalausschusses auf Grund einer Vorlage der k. Staatsregierung ein gemeinsames Zählblatt für das ganze Königreich und zwar für jeden einzelnen Krankheitsfall geschaffen wurde. Die Sammelstellen berichteten monatweise über die Summe der eingelaufenen Zählblätter auf Postkarten nach München; die Zählblätter selbst wurden bei der Sammelstelle in Regensburg eingeliefert und daselbst einer übersichtlichen Bearbeitung unterworfen.

Nach dem neuen Zählblattformulare waren die einzelnen Krankheitsfälle nach Geschlecht, Alter und Wohnung genau zu bezeichnen und der Tag des Beginnes der Krankheit anzugeben.

Von den bisher beobachteten Infectionskrankheiten kam Tuberculosis ganz, Croup insoferne in Wegfall, als er mit Diphtherie zusammengeworfen wurde. Bei Pneumonie wurden die Angaben auf die croupöse Form beschränkt; dagegen kamen Meningitis cerebrospinalis, Ophthalmoblennorrhöa neonatorum, Pyämie und Septicämie, endlich Ruhr als neu zu beobachtende Krankheiten hinzu, so dass die Zahl der Krankheitsrubriken von **16** auf **18** erhöht wurde.

Jahre	Brechdurchfall	Diphtherie	Croup	Erysipelas	Intermittens u. interm. Neuralg.	Kindbettfieber	Meningitis cerebrospinalis	Morbilli	Ophthalmoblennorrh. neonatorum	Parotitis epidemica	Pneumonia (crouposa)	Pyaemie u. Septicaemie	Rheumatismus acut. articulorum	Ruhr	Scarlatina	Tuberculosis	Tussis convulsiv.	Typhus abdomin.	Varicellae	Variola u. Variolois.	Gesammtsummen
1883	539	1052	115	298	411	73	—	951	—	133	3717	—	408	—	1252	847	260	333	242	3	10634
1884	622	1123	232	340	309	136	—	3224	—	186	3198	—	511	—	1519	701	362	405	159	—	13027
1885	441	968	83	428	217	113	—	261	—	181	3299	—	608	—	760	898	829	272	181	1	9540
1886	624	816	75	340	169	120	—	1636	—	86	2979	—	607	—	817	842	688	342	223	14	10378
1887	480	1080	122	335	174	114	—	2190	—	64	3503	—	570	—	355	900	657	203	164	23	10934
1888	522	1497	108	247	151	142	—	219	—	107	3510	—	584	—	366	892	567	227	161	34	9334
1889	782	1509	—	280	147	67	19	278	14	412	1611	11	535	18	480	—	509	304	300	21	7297
1890	463	1107	—	226	154	63	6	2739	8	2	2362	5	348	9	293	—	216	180	138	5	8324
Summen	4473	9152	735	2494	1732	828	25	11498	22	1171	24179	16	4171	27	5842	5080	4088	2266	1568	101	79468
8jährige Durchschnittszahlen	559,125	1144,0		311,75	216,50	103,50		1437,25		146,375	3022,375		521,375		730,25		511,0	283,25	196,0	12,625	9933,5

Betrachten wir nun die auf beifolgender, alle 8 Jahre umfassenden Tabelle angegebenen Zahlen, so sehen wir in den 6 Jahren des oberpfälzischen Betriebes zwischen 9000 und 13,000 Gesammtangaben verzeichnet. Die stärkste Jahressumme war **1884** mit **13,027**, die schwächste **1888** mit **9334** Angaben und kann hier sofort constatirt werden, dass die Masernepidemien einen ausschlagenden Einfluss auf die Gesammtzahl ausübten.

Nach Einführung des neuen, für ganz Bayern gleichheitlichen Zählblattes 1889 sank die Jahressumme auf **7297**, wozu das Fehlen einer Masernepidemie, dann der Ausfall bei den Pneumonien, wovon jetzt nur mehr die croupösen zur Anzeige gelangten, am meisten beigetragen haben mag. Im nächsten Jahre 1890 stieg die Gesammtsumme in Folge einer bedeutenden Masernepidemie wieder auf 8324.

Was die einzelnen verzeichneten Krankheiten betrifft, so möchten hierüber folgende Bemerkungen von Interesse sein:

Typhus findet sich in den Jahren 1883, 1884, 1886 und 1889 auffallend häufig verzeichnet ohne eigentlich epidemisches Auftreten.

Blattern kamen am meisten im Jahre 1888 vor, nämlich 34.

Variolae sind jedes Jahr mehr oder weniger zur Anzeige gelangt, am meisten 1889 mit 300.

Masern-Epidemien waren 1884, 1886, 1887 und 1890 und ist es auffallend, wie nach den Epidemiejahren die Zahl der zur Anzeige gebrachten Fälle sprungweise sinkt, so von 3224 im Jahre 1884 auf 261 im Jahre 1885, was bei keiner anderen epidemisch auftretenden Krankheit so ausgesprochen erscheint.

Scarlatina trat 1883, 1884, 1885 und 1886 noch in epidemischer Höhe auf, um in den letzten vier Beobachtungsjahren ganz erheblich abzunehmen. 1884 traf die stärkste Masernepidemie mit der stärksten Scharlachepidemie zusammen.

Diphtherie hält sich constant auf beträchtlicher Höhe; ein Parallelgehen mit Scarlatina ist nicht vorhanden. Ob das in den letzten beiden Jahren gepflogene Zusammenwerfen mit Croup das

---

[1]) Vortrag zum VII. oberpfälzischen Aerztetag.

Bild des Vorkommens der beiden Krankheiten klarer gemacht hat, möchte ich dahingestellt sein lassen.

Keuchhusten war in den Jahren 1885 bis 1888 am häufigsten.

Erysipelas war 1885 vorwiegend häufig, sonst ziemlich gleich.

Parotitis epidemica war nur 1889 in nennenswerther Anzahl angegeben, aus welcher sich auf epidemisches Auftreten schliessen lässt, da ja gewiss nur der geringste Theil der Fälle zur Anzeige gelangt.

Wechselfieber scheint vom ersten Berichtsjahre an in stetiger Abnahme begriffen zu sein.

Puerperalfieber ist immer noch in bedenklichen Zahlen zur Anzeige gebracht worden, am meisten 1884 und 1889.

Gelenkrheumatismus zeigt ein ziemlich constantes Vorkommen, auffallend gering im Jahre 1890.

Pneumonie wurde in den ersten 6 Jahren mit überraschend gleichmässigen, hohen Zahlen angemeldet, immer über 3000 mit Ausnahme des Jahres 1886 mit 2979. Nachdem vom Jahre 1889 an nur mehr die croupöse Form zur Anzeige gelangt, sank die Gesammtsumme rasch auf 1611, um im Jahre 1890 wieder auf 2362 Fälle zu steigen. Die Trennung der croupösen von der katarrhalischen Form der Pneumonie mag nothwendig gewesen sein, um den Charakter einer Statistik der Infectionskrankheiten zu wahren. Ob aber bei der häufig sehr schwierigen Differentialdiagnose nicht zahlreiche Fälle von katarrhalischen Pneumonien auch jetzt noch mit zur Anzeige gelangen, dürfte bei der hohen Zahl der zur Anzeige gelangten croupösen Formen nicht ganz in Abrede zu stellen sein.

Tuberculosis gab in den ersten 6 Berichtsjahren keine irgendwie bestimmten Anhaltspunkte und ist deren Wegfall jedenfalls vollkommen gerechtfertigt.

Brechdurchfall kam jedes Jahr und zwar constant in den Sommermonaten in schwankender Häufigkeit vor und schwankten die Jahressummen zwischen 441 und 782.

Von den vier im Jahre 1889 neuhinzugekommenen Krankheiten lässt sich noch nichts Bemerkenswerthes hervorheben.

Am Schluss der Tabelle findet sich noch der achtjährige Durchschnitt berechnet und giebt die Basis für Vergleichungen der einzelnen Jahre.

Nachschrift.

Vor Drucklegung des obigen Vortrages sind bereits die Verhandlungen der acht bayerischen Aerztekammern bekannt geworden, welche die Frage der Fortführung der Morbiditätsstatistik nach dem bisherigen oder nach dem neuen, durch die Ministerialentschliessung vom 5. August 1891 vorgeschlagenen Modus einer eingehenden Prüfung unterzogen haben und zu dem übereinstimmenden Beschluss gelangten, dass die mit jener Ministerialentschliessung den Aerzten angebotene Portofreiheit dankbarst abzulehnen sei, wenn damit die Einführung eines neuen Modus der Einsendung verbunden sei; dass ferner an dem bisherigen Modus der Einsendung der durch Beschluss des verstärkten Obermedicinalausschusses eingeführten Einzelzählblättchen an die bisherigen Sammelstellen festzuhalten sei, während das summarische Resultat dieser Zählblättchen nach wie vor dem statistischen Bureau mitzutheilen sei. Die Gründe für diesen Beschluss sind in den Motiven der einzelnen Kammern so eingehend ausgeführt, dass es nicht nothwendig erscheint, hier näher darauf einzugehen, sondern der Hinweis auf jene Kammerprotokolle genügen dürfte. Um jedoch diesen Kammerbeschlüssen auch sofort eine praktische Folge zu geben, dürfte es angezeigt sein, an sämmtliche bisherigen Mitarbeiter an der Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten die dringende Bitte zu richten,

»vorerst an dem bisherigen Modus der Einsendung der Einzelzählblättchen an die bisherigen Sammelstellen festzuhalten, die Einsendung der Zählresultate auf den gelben Sammelkarten jedoch wie bisher den Sammelstellen zu überlassen und zuzuwarten, welche Stellung die k. Staatsregierung den übereinstimmenden Beschlüssen der acht Aerztekammern gegenüber einnehmen wird.«

Es wird dadurch am sichersten eine Unterbrechung der bisherigen Arbeiten vermieden, wodurch die Beobachtungen über das Jahr 1891, weil im letzten Quartal nach anderem Modus gemacht, werthlos geworden wären. Sollte eine Aenderung des bisherigen Modus trotzdem beabsichtigt werden, so kann dieselbe unserer Ansicht nach nur mit Zuziehung der ärztlichen Standesvertretung geschehen, d. h. nach Einvernahme derselben Körperschaft, des verstärkten Obermedicinalausschusses, aus dessen Berathungen seinerzeit jenes für ganz Bayern gemeinschaftliche Zählblatt hervorgegangen ist. Dr. Brauser.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Strübing: Zur Therapie der Diphtherie. Deutsche med. Wochenschr. 1891, No. 48.

In wohlthuendem Gegensatz zu so manchen Arbeiten über Diphtherie, in welchen irgend ein altes oder neues sicheres Heilmittel gegen diese Krankheit auf Grund mehr oder minder grosser Erfahrungen angepriesen wird — Aehnliches kann man ja in der mündlichen Unterhaltung mit Collegen so und so oft hören — gewinnt die vorliegende Arbeit Strübing's den Leser gleich von vornherein durch ihre nüchterne Kritik und den streng wissenschaftlichen Charakter der ihr zu Grunde liegenden Beobachtungen. Strübing war allerdings in der besonders glücklichen Lage, dass er neben seinen klinischen Beobachtungen stets eine bakteriologische Controle durch einen Forscher von der Autorität Löffler's einhergehen lassen konnte. Diese gemeinsame Arbeit von Klinik und Bakteriologie ist aber auch dasjenige, was die in der vorliegenden Abhandlung niedergelegten Resultate so werthvoll macht.

Strübing weist in erster Linie darauf hin, dass man nach den Löffler'schen Untersuchungen streng unterscheiden muss zwischen der »echten« Diphtherie, bei welcher der Löffler'sche Bacillus gefunden wird und der »Pseudodiphtherie«, welche der Einwirkung der Streptococcen ihre Entstehung verdankt. Diese Streptococcendiphtherie ist eine viel gutartigere Erkrankung, sie ist es zum Theil gewesen, welche so vielen Mitteln unverdienten Ruhm geschafft hat. Die beiden Formen lassen sich im Anfang der Erkrankung wohl immer nur durch die Anlegung der Cultur differenciren.

Von einer richtigen Therapie der Diphtherie verlangt Verfasser drei Dinge: 1) Behinderung der weiteren Bacterienentwickelung, 2) Paralysirung des bereits eingedrungenen Giftes, 3) Behinderung der Invasion anderer Bacterien.

Die Erfüllung aller dieser ideellen Forderungen ist unmöglich; möglich ist allein, die Entwickelung der Diphtheriebacillen und die Invasion sonstiger Mikroorganismen zu hindern, und das auch nur bei nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen.

Strübing muss sich nach seinen Erfahrungen entschieden zu Gunsten einer örtlichen Behandlung aussprechen, und zwar hat er, von den bekannten Untersuchungen Löffler's ausgehend, sowohl die Carbol- wie die Quecksilberbehandlung eingeleitet. Mit beiden hat er entschieden günstige Erfolge erzielt.

Die Carbolbehandlung besteht darin, dass alle 4 bis 8 Stunden eine Mischung von

Acid. carbol.	3.0—5.0
Ol. Terebinth. rect.	40.0
Alkohol absol.	60.0

vermittelst Wattebäuschen auf die erkrankten Stellen applicirt wird. Gleichzeitig lässt man alle 4—8 Stunden sich gurgeln mit

Acid. carbol.	3.0
Alkohol	30.0
Aq. dest.	70.0.

Erwachsene nehmen zur jedesmaligen Gurgelung einen Esslöffel voll, Kinder einen Kinderlöffel der Mischung.

Die Quecksilberbehandlung wird in der Weise vorgenommen, dass eine Sublimatlösung alle 4—8 Stunden in derselben Weise wie die Carbollösung auf die erkrankten Stellen gebracht wird und gleichzeitig Gurgelungen mit Sublimat 1 : 10000 oder mit Hydrargyrum cyanatum in der gleichen Concentration vorgenommen werden.

Die Gurgelungen sowohl mit der Carbol- wie der Quecksilberlösung dürfen erst dann gestattet werden, wenn man sich überzeugt hat, dass die Kranken überhaupt gurgeln können, und dass nicht die Gefahr des Verschluckens besteht. Bei etwaigen Intoxicationserscheinungen sind die Gurgelungen sofort einzustellen.

Für die Reinigung der Rachenhöhle sorgt man in beiden Fällen am besten durch fleissige Gurgelungen mit Kalkwasser.

Als sehr nützlich erwies sich auch in vielen Fällen die innerliche Verabreichung von Hydrarg. cyanat. 0,01:100, stündlich einen Theelöffel. Vielleicht kommt dieser Medication eine den Process in seiner Totalität günstig beeinflussende Wirkung zu.

Die Sublimatbehandlung schien bei der echten Diphtherie vor der anderen Methode gewisse Vortheile zu haben.

Beide Mittel lassen im Stich, sobald es sich um schwere, räumlich stark ausgedehnte Processe handelt, und sobald sich der Process auf die Luftwege fortsetzt.

Bei der Scharlachdiphtherie erwies sich die Carbolsäurebehandlung als die erfolgreichste. Krecke.

Vereins- und Congress-Berichte.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

Sitzung vom 4. November 1891.

(Officielles Protokoll.)

(Schluss.)

Herr Prof. Oberst glaubt, dass die Erklärung des von Herrn Wagner berichteten unglücklichen Falles eine ganz einfache ist. Die Blutung erfolgte nach seiner Ueberzeugung nach Lösung des Brandschorfes aus der cauterisirten Stelle. Das Ungewöhnliche ist nur die Heftigkeit der Blutung, die jedoch bis zu einem gewissen Grade durch den grossen Blutreichthum der »hypertrophischen« Muschel und vielleicht auch dadurch erklärt wird, dass zur Zeit der Lösung des Brandschorfes wohl eine heftige entzündliche Hyperämie — die Temperatur war zur Zeit der Blutung bereits erhöht — vorhanden war. Dass Herr Wagner den abgestossenen Brandschorf nicht gesehen hat, dürfte gegen die Annahme Oberst's kaum verwerthet werden können. Der wenig umfangreiche Schorf kann sich ja doch sehr leicht unbemerkt entleert haben, er kann verschluckt worden sein oder auch sich nur theilweise gelöst und an der Operationsstelle noch haften geblieben sein. Der weitere perniciöse Verlauf ist durch die zweifellose septische Infection vollauf erklärt. Bezüglich des Einflusses der Tamponade stimmt Oberst mit den Ausführungen des Herrn v. Bramann vollkommen überein. Auch er hat nie schlimme Folgen der Tamponade gesehen, und hält dieselbe, wenn auch der Tampon mehrere Tage liegt, für gänzlich gefahrlos — vorausgesetzt, dass die Tamponade mit einem sicher aseptischen Material (Jodoformgaze) ausgeführt wird.

Herr Prof. F. Krause: Volkmann behandelte in seiner Privatpraxis stets eine beträchtliche Anzahl von Nasenkrankheiten, und da Krause während seiner ganzen Assistentenzeit mit der Untersuchung und Beobachtung dieser Kranken beauftragt war, so übersieht er ein ziemlich grosses Material in diesem Specialgebiete. Seine Erfahrungen gehen dahin, dass die Tamponade mit Jodoformgaze nach operativen Eingriffen in der Nasenhöhle ein ungefährliches und vor allem nicht zu entbehrendes Hilfsmittel ist. Nur einmal hat er nach der Tamponade ein Gesichtserysipel entstehen sehen, welches den Ausgang in Genesung nahm.

Weiterhin bietet bei den grossen chirurgischen Eingriffen in der Nasenhöhle und in deren Umgebung die Tamponade der ganzen Wunde mit Jodoformgaze, also mit einem ohne Zweifel dauernd antiseptisch wirkenden Materiale, den einzigen Schutz gegenüber einer secundären Wundinfection. In Betracht kommt vor Allem die Eröffnung der Schädelhöhle von der Basis her, sei es dass sie operativ, z. B. nach Oberkieferresection wegen Sarkom vorgenommen werden musste, sei es, dass es sich um Fracturen der Schädelbasis mit Splitterung bis in's Siebbein und Zerreissung der Nasenschleimhaut handelte. Auch in letzteren Fällen hat uns die Tamponade mit Jodoformgaze gute Ergebnisse geliefert. Gerade hier haben wir den Tampon immer möglichst lange liegen lassen.

Herr Prof. v. Bramann: Herr College Krause hat sich meiner Meinung nach eines Widerspruches in seinen Ausführungen schuldig gemacht, indem er nämlich zunächst die Behauptung aufstellt, dass in dem Falle Wagner die Infection zweifellos durch die Tamponade selbst herbeigeführt sei, während er unmittelbar darauf sagt: die Jodoformgaze sei als das beste und sicherste Material für die Tamponade anzusehen, da sie nicht nur aseptisch sei, sondern auch dauernd antiseptisch wirke. Da Herr College Wagner hauptsächlich Jodoformgaze zur Tamponade verwandt hat, so kann Herr College Krause, wenn er die antiseptische Wirkung des Jodoforms als Thatsache hinstellt, woran ich nicht zweifle, wohl kaum die erste Behauptung, die (aseptische) Jodoformgaze-Tamponade habe die Infection besorgt, in dieser Form aufrecht erhalten. Die Jodoformgaze ist nicht eo ipso aseptisch und jeder weiss, dass mit der Jodoformgaze in die Wunden Entzündungserreger eingeführt und wenn dieses geschehen, später nicht stets unschädlich gemacht oder in ihrer Wirkung abgeschwächt werden können. Allein das von Herrn Wagner mitgetheilte Krankheitsbild beweist zur Evidenz, dass, als von Herrn Wagner die Tamponade ausgeführt wurde, die Infection und die Vorbedingungen für den späteren Verlauf bereits vorhanden waren.

Herr College Wagner ist zur Tamponade erst am 3. Tage nach der von ihm ausgeführten oberflächlichen Cauterisation der mittleren Nasenmuschel geschritten, nachdem schon Abends zuvor sich Temperatursteigerung (38,0) und starke Kopfschmerzen eingestellt hatten, zu welchen sich am folgenden Tage eine ziemlich starke Blutung gesellte, die durch Tamponade gestillt wurde. Allein das Fieber stieg, zu den Kopfschmerzen kamen Nackenstarre und endlich Anschwellung und Schmerzhaftigkeit des Schultergelenks: kurz die Zeichen einer eitrigen Meningitis mit pyämischen Erscheinungen, unter welchen der Kranke schliesslich zu Grunde ging.

Es wurde hier also tamponirt zu einer Zeit, als die Meningitis bereits eingetreten war, so dass auch nicht die geringste Berechtigung zu der Annahme vorliegt, dass Herr Wagner mit dem Tampon die Entzündungserreger eingeführt habe, der Tampon die Ursache der Meningitis gewesen sei. Die am 3. Tage aufgetretene Schultergelenkaffection gibt uns den rechten Weg an, auf dem wir hier Klarheit gewinnen können, insofern wir die Gelenkentzündung wegen ihres plötzlichen Auftretens bei gleichzeitig bestehender Meningitis als eine metastatische, als eine pyämische deuten müssen, die durch Verschleppung von inficirten Thromben etc. zu Stande gekommen ist. Die Thrombenbildung ist aber wohl zweifellos von der Operationsstelle ausgegangen und theils durch ihr Weiterschreiten nach dem Schädelinneren, theils auch durch die gleichzeitig inficirten, mit dem Subduralraum communicirenden Lymphbahnen ist vorher die Meningitis hervorgerufen; die Blutung auf eine Sinusthrombose zurückzuführen scheint mir aber zu gewagt.

Dass die Tamponade bei bereits eingetretener Lymphangoitis und ausgedehnter Thrombosirung der Venen wirkungslos bleiben muss, versteht sich von selbst; jeder von uns, der andere acute oder gar phlegmonöse Eiterungen in der Nähe der Schädelbasis, wie die eitrige Periostitis an der Innenseite des aufsteigenden Kieferastes, oder die eitrige Parotitis mit ihren multiplen Eiterherden zu operiren und zu behandeln Gelegenheit gehabt hat und, trotz ausgedehntester Incisionen und trotz ausgiebiger Drainage mit gleichzeitiger Tamponade, die bereits beginnende Meningitis niemals hat rückgängig werden sehen, der begreift es auch, dass in dem Falle des Herrn Wagner die Tamponade keine Wirkung in dieser Hinsicht gehabt hat.

Herr College Wagner hat zur Erklärung der an einen geringfügigen Eingriff sich anschliessenden schweren und tödtlichen Erkrankung darauf hingewiesen, dass dieses Ereigniss vorwiegend nach operativen Eingriffen an der mittleren Nasenmuschel eingetreten sei, und motivirt dieses damit, dass die von hier ausgehenden, in den Sinus longitudinalis mündenden Venen, sowie die nach dem Schädel führenden Lymphbahnen die Uebertragung der Infection besonders erleichtern. Träfe diese Behauptung zu und wäre die Gefahr der fortschreitenden Thrombose und Embolie bei oberflächlichen Eingriffen der Herren Rhinologen schon so gross, so müsste dieselbe noch um so grösser sich gestalten, je mehr wir uns der Schädelbasis nähern, indem wir z. B. bei Oberkieferresectionen und Schädelresectionen nicht die ersten Anfänge der Gefässe, sondern schon grössere Räume derselben eröffnen, durchtrennen und recht oft auch mit dem Paquelin, der Glühhitze arbeiten. Doch die Erfolge der Chirurgen liefern auch nicht den geringsten Beweis dafür, so dass wir wohl zu der Behauptung berechtigt sind, dass eine besondere Disposition zur Weiterverbreitung entzündlicher Processe nach dem Schädel hin für die mittlere Nasenmuschel nicht zuzugeben ist. Aber selbst dann würde für den vorliegenden Fall noch keine Aufklärung über Art und Ursache der Infection gewonnen, die zweifellos sehr bald nach der Operation stattgehabt haben muss. Die Möglichkeit dazu ist aber in den Nischen und Buchten der der Desinfection nahezu ganz unzugänglichen Nasenhöhlen, der grossen Menge der dort stets vorhandenen Mikroorganismen gegeben, welche von der kleinsten Wunde aus die Infection besorgen können. Ich selbst habe glücklicher Weise noch niemals einen solchen Ausgang bei meinen Patienten, die ich operirt habe, gesehen. Andererseits aber, würde auch ich mit der Tamponade unter denselben Verhältnissen, unter welchen Herr College Wagner sie angewandt, keinen anderen Erfolg als Herr Wagner erzielen, ich würde dies aber auch nicht erwarten und noch weniger würde ich den Misserfolg auf das Conto der Tamponade schreiben, welcher wir so glänzende Erfolge in der Wundbehandlung verdanken.

Herr Prof. Oberst: Auch den von Herrn Wagner gegen die Annahme Oberst bezüglich der Quelle der Blutung nochmals betonten Grund, glaubt Oberst nicht für beweisend ansehen zu dürfen. Bei einer so abundanten Blutung aus der Nase, wie sie Herr Wagner geschildert hat, ist jede genauere Einsicht ganz unmöglich. Die Blutung steht fast immer erst dann, wenn der Tampon von beiden Seiten, von vorne und von den Choanen her eingelegt ist, gleichgiltig, ob die Quelle der Blutung an der mittleren Muschel oder an einer anderen Stelle der Höhle ihren Sitz hat. Es ist dies durch die anatomischen Verhältnisse der complicirten Höhle genügend erklärt.

Verschiedenes.

(Kalender pro 1892.) Der bevorstehende Jahreswechsel hat wiederum eine grosse Anzahl von ärztlichen Kalendern unserem Büchertische zugeführt, von denen die empfehlenswerthesten hier kurz erwähnt sein mögen. Ein guter alter Freund ist unseren Lesern »Börner's Reichs-Medicinalkalender« Theil I und II, Verlag von G. Thieme in Leipzig; aus seinem, wie immer sehr reichhaltigen Inhalt heben wir als neu die Abhandlungen von v. Pettenkofer, Zur Wohnungshygiene und von J. L. A. Koch, Diagnostischer Ueberblick über die Psychosen, besonders hervor. Nicht minder umfassender Inhalt und gediegene Ausstattung zeichnet den »Preussischen Medicinal-Kalender«, 2 Theile, Verlag von Hirschwald in Berlin, aus. Von kleineren Kalendern erfreuen sich grosser Beliebtheit der »Medicinische Taschenkalender«, Verlag von Preuss und Jünger in Breslau und Lorenz' »Taschenkalender für Aerzte«, Verlag von Moser in Berlin; beide enthalten im Verhältniss zu ihrem geringen Umfang eine grosse Menge brauchbaren Materials; aus dem Beiheft des ersteren erwähnen wir als von actuellem Interesse einen Artikel über die Steuerdeclaration der Aerzte von Dr. Max Kamm. Speciell für österreichische Aerzte bestimmt ist der »Medicinal-Kalender und Recept-Taschenbuch« des Aerztlichen Central-Anzeigers, Wien; er enthält u. A. neben einer Sammlung von therapeutischen Notizen und Receptformeln therapeutische Aufsätze von Bing, Finger, Frühwald, Zeissl etc.

Therapeutische Notizen.

(Zur Tuberkulinbehandlung.) Von den Aerzten des grossen Hospitals für Schwindsüchtige in Brompton-London wurde seiner Zeit ein Subcomité zur Prüfung der Tuberkulinbehandlung gewählt. Der Bericht dieses Comités ist soeben erschienen und spricht sich im Allgemeinen sehr ungünstig über die Behandlungsmethode aus. In der Mehrzahl der Fälle wurde kein günstiger Einfluss des Tuberculins auf den Verlauf der Krankheit beobachtet; in einigen Fällen hat dasselbe geschadet, und selbst in den Fällen, die gebessert wurden oder stationär blieben, war es schwer, die erzielte Besserung dem Tuberculin, statt dem Einfluss der gewöhnlichen Hospitalbehandlung, zuzuschreiben.

(Die Cantharidin-Behandlung der Tuberculose) wird von S. Fenwick und Welsford (Brit. med. J. Dec. 26.) auf Grund von 16 behandelten Fällen als »absolut wirkungslos« in Bezug auf günstige Beeinflussung des Lungenprocesses bezeichnet. In Dosen von mehr als 0,2 mg verursacht das cantharidinsaure Kalium leicht Albuminurie, Strangurie und selbst Hämaturie. Eine günstige Wirkung auf Schlaf, Appetit, Husten, Schweisse, die öfters beobachtet wurde, scheint auf Suggestion zu beruhen, da durch Injection von destillirtem Wasser der gleiche Erfolg erzielt wurde.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 29. December. Der kürzlich verstorbene Geh. Rath Dr. v. Rothmund hat dem Unterstützungsverein für invalid gewordene bayerische Aerzte ein Legat von 500 M. zugewendet.

— Influenza. Nach den dem k. Gesundheitsamte zugegangenen Mittheilungen sind in Altona 4 (Vorwoche 7), Braunschweig 2 (2), Charlottenburg 5 (3), Danzig 10, Dresden 1 (2), Frankfurt a. O. 8 (8), Köln 1, Lübeck 7, Magdeburg 5, Stettin 18 (10), Reg.-Bez. Posen 1, London 8 (9), Kopenhagen 48 (15) Todesfälle; in Berlin (4 Krankenhäuser — bei 3 Todesfällen) 87 (137), Frankfurt a. O. 559 (786), Nürnberg 23 (16), Reg.-Bez. Posen 51 (30), Wien 3, Kopenhagen 4795 (3979) Erkrankungen an Influenza vorgekommen.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 49. Jahreswoche, vom 6.—12. December 1891, die geringste Sterblichkeit Mainz mit 9,9, die grösste Sterblichkeit Essen mit 45,3 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Masern in Barmen, Kassel; an Scharlach in Plauen; an Diphtherie und Croup in Dortmund, Duisburg, Fürth, Karlsruhe, Mainz, Remscheid, Stuttgart.

— Der letzten Sitzung des niederösterreichischen Sanitätsrathes lag das Gesuch um Bewilligung zur Errichtung einer Wasserheilanstalt vor, in welcher das Kneipp'sche Verfahren in Anwendung gebracht werden soll. Der Landessanitätsrath beantragte in Würdigung des Umstandes, dass das sogenannte Kneipp'sche Verfahren bei Wassercuren einer wissenschaftlichen Grundlage entbehre, eine Concession zur Ausübung dieses Verfahrens nicht zu ertheilen. Mit diesem Votum des Landessanitätsrathes von Niederösterreich werden sicherlich alle Aerzte übereinstimmen, welche die industrielle Nachbetung des Seelenhirten von Wörishofen durch einzelne Standesgenossen mit Recht perhorresciren. Wr. med. Pr.

— Von Henoch's classischen »Vorlesungen über Kinderkrankheiten«, Verlag von A. Hirschwald in Berlin, ist soeben die 6. Auflage erschienen. Die Vorzüge des ganz aus der eigenen, jetzt 48jährigen Erfahrung des Verfassers herausgewachsenen Lehrbuchs sind in Deutschland zu allgemein bekannt, als dass sie einer weiteren Hervorhebung bedürften; dass sie auch im Ausland gebührend gewürdigt werden, beweist die Uebersetzung des Werkes in viele fremde Sprachen und die Einverleibung desselben in die Sammlung der New Sydenham Society.

— Die im Verlag von Urban und Schwarzenberg in Wien erscheinende »Realencyclopädie der gesammten Pharmacie« hat mit dem soeben ausgegebenen X. Band ihren Abschluss gefunden. Das Werk bildet ein würdiges Seitenstück zur Realencyclopädie der gesammten Medicin und wird den Pharmaceuten ebenso unentbehrlich werden, wie den Aerzten die letztere; sie wird aber auch diesen, insbesondere Gerichtsärzten, in vielen Fällen als Nachschlagebuch willkommen sein.

— Von dem »Annual of the Universal Medical Sciences« Philadelphia, F. A. Davis, liegt uns der 4. Jahrgang, 1891, vor. Das Werk entspricht in seiner Tendenz unseren medicinischen Jahrbüchern, nur ist es viel grossartiger angelegt, als irgend ein ähnliches in Deutschland erscheinendes Werk. Herausgegeben von Dr. Charles E. Sajous und einem Stab von 70 Mitredacteuren umfasst das Werk 5 starke vortrefflich ausgestattete Bände, reich illustrirt, in denen über alle wissenschaftlichen Leistungen des Berichtjahres eingehend, und, wie wir uns wiederholt überzeugt haben, gediegen und zuverlässig referirt wird.

(Universitäts-Nachrichten) **Breslau.** Unser Kliniker, Geh. Medicinalrath Professor Dr. Biermer ist, seit längerer Zeit leidend, um Entbebung von seinen akademischen Pflichten eingekommen. — **Rostock.** Dem akad. Lehrkörper gehören im laufenden Wintersemester 31 ordentliche und 8 ausserordentliche Professoren, sowie 5 Privatdocenten an. Neu habilitirt hat sich als Privatdocent in der medicinischen Fakultät Dr. med. Lubarsch. — **Strassburg.** Am 19. December wurde die neue Universitäts-Augenklinik durch eine Rede des Directors, Professor Dr. Laqueur feierlich eröffnet. Diese neue Universitätsanstalt reiht sich in würdigster Weise an die zahlreichen bereits im Gebrauche befindlichen Institute an, deren Gesammtheit die Strassburger Kaiser-Wilhelms-Universität geradezu als eine Musteruniversität erscheinen lassen. Nachdem auch das zoologische Institut wenigstens im Rohbau vollendet, das geognostisch-paläontologische Institut bereits bezogen und die Augenklinik heute vollständig ihrer Bestimmung übergeben ist, fehlt nur noch die medicinische Klinik; doch sind auch für diese bereits die ersten Vorarbeiten seit geraumer Zeit eingeleitet.

(Todesfälle.) Leon Tripier, Professor der chirurgischen Klinik in Lyon, ist gestorben.

Personalnachrichten.

Bayern.

Ernannt. Der praktische Arzt Dr. Peter Schmidt zu Hersbruck zum Bezirksarzte I. Cl. in Naila.

Niederlassung. Dr. Julius Markert zu Edesheim; Dr. Alphons Krempl in Schmidmühlen B.-A. Burglengenfeld.

Verzogen. Dr. Horn von Blieskastel nach Zweibrücken.

Versetzt. Der Assistenzarzt 2. Cl. Dr. Albert vom 1. Chev.-Reg. zum 13. Inf.-Reg.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 51. Jahreswoche vom 13. Dec. bis 19. December 1891.

Betheil. Aerzte 320. — Brechdurchfall 10 (20*), Diphtherie, Croup 61 (73), Erysipelas 14 (6), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (2), Kindbettfieber 1 (2), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 32 (39), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 1 (5), Parotitis epidemica 10 (5), Pneumonia crouposa 17 (22), Pyaemie, Septicaemie — (1), Rheumatismus art. ac. 16 (22), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 27 (23), Tussis convulsiva 37 (34), Typhus abdominalis — (—), Varicellen 41 (41), Variola — (—). Summa 270 (295). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

Während der 51. Jahreswoche vom 13 Dec. bis 19. incl. Dec. 1891.

Bevölkerungszahl 349,000 [1])

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern — (—), Scharlach 2 (2), Rothlauf 1 (—), Diphtherie und Croup 8 (5), Keuchhusten 3 (2), Unterleibstyphus 1 (—), Brechdurchfall 1 (2), Kindbettfieber — (1), Croupöse Lungenentzündung 4 (2), Genickkrampf — (—), Blutvergiftung 1 (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (1), andere übertragbare Krankheiten 4 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 172 (146), der Tagesdurchschnitt 24.6 (20.9). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 25.6 (21.8), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 16.3 (15.0), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 15.2 (13.4).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Generalrapport über die Kranken der kgl. bayer. Armee für den Monat November 1891.

1) Bestand am 31. October 1891 bei einer Kopfstärke des Heeres von 52 303 Mann: 948 Mann.

2) Zugang: im Lazareth 1433 Mann, im Revier 3286 Mann, Invaliden —. Summa 4719 Mann. Mithin Summe des Bestandes und Zuganges nach der Zahl 5667 Mann, auf Tausend der Iststärke 108,35 Mann.

3) Abgang: geheilt 3765 Mann, gestorben 11 Mann, invalide 50 Mann, dienstunbrauchbar 122 Mann, anderweitig 31 Mann, Summa: 3979 Mann.

4) Hiernach sind geheilt von 1000 der Kranken 664,37, gestorben 1,94 Proc.

5) Mithin Bestand am 30. November 1891: 1688 Mann, von Tausend der Iststärke 32,27 Mann. Von diesem Krankenstande befanden sich im Lazareth 1001 Mann, im Revier 687 Mann.

Von den in militärärztlicher Behandlung Gestorbenen haben gelitten an: Abdominaltyphus 1, acutem Gelenkrheumatismus 1, bösartigen Geschwülsten 2, Hirnhautentzündung 1, Lungenentzündung 3, chronischer Lungenschwindsucht 2, Krebs der Speiseröhre 1.

Ausser den in militärärztlicher Behandlung Verstorbenen ist bei den activen Truppen noch 1 Todesfall durch Krankheit (Herzlähmung) vorgekommen, so dass die Armee im Ganzen 12 Mann durch Tod verloren hat.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.